SR-8

RSS.8253.1. _____ .20____

sposób wypłaty: gotówka / konto bankowe

okres zasiłkowy: .....

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie zasiłku rodzinnego [1]:	**PREZYDENT MIASTA GDYNI**
Adres organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie zasiłku rodzinnego [1]:	**ul. 10 Lutego 24, 81-364 Gdynia**

[1] Przez organ właściwy rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBĘ ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU, KTÓRE POWSTAŁY W PRENATALNYM OKRESIE ROZWOJU DZIECKA LUB W CZASIE PORODU

Część I

1. Dane osoby składającej wniosek o jednorazowe świadczenie, zwanej dalej „wnioskodawcą"

DANE WNIOSKODAWCY		
Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]	
Stan cywilny [2]	Obywatelstwo	
Miejsce zamieszkania Gdynia, ul. .... / ..... 81-..... pełna nazwa ulicy nr domu / nr mieszkania kod pocztowy	Telefon (stacjonarny/ komórkowy) [3]	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail) [4]	

[1] Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL
[2] Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec
[3] Numer nie jest obowiązkowy ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku
[4] Podanie adresu e-mail ułatwi kontakt w sprawie wniosku i jest obowiązkowe gdy składasz wniosek drogą elektroniczną

2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:

DANE DZIECKA – 1		
Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Data urodzenia	Obywatelstwo
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]	Płeć [2]	
(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. (2) Wpisz odpowiednio: kobieta lub mężczyzna		
DANE DZIECKA – 2		
Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Data urodzenia	Obywatelstwo
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]	Płeć [2]	
(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. (2) Wpisz odpowiednio: kobieta lub mężczyzna		

DANE DZIECKA – 3		
Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Data urodzenia	Obywatelstwo
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Płeć [2)]	
(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. (2) Wpisz odpowiednio: kobieta lub mężczyzna		

DANE DZIECKA – 4		
Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Data urodzenia	Obywatelstwo
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Płeć [2)]	
(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. (2) Wpisz odpowiednio: kobieta lub mężczyzna		

Część II

1. POUCZENIE – przeczytaj treść poniższego pouczenia !

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz.1860), zwanej dalej „ustawą", jednorazowe świadczenie przysługuje: matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka bez względu na dochód

Jednorazowe świadczenie przysługuje z tytułu urodzenia się żywego dziecka, posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy (zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej), w wysokości 4000 zł.
Jednorazowe świadczenie przysługuje świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej lub osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji — w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
Jednorazowe świadczenie przysługuje, jeżeli kobieta pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu (wymogu tego nie stosuje się do osób będących prawnymi lub faktycznymi opiekunami dziecka, a także do osób, które przysposobiły dziecko). Pozostawanie pod opieką medyczną potwierdza się zaświadczeniem lekarskim lub zaświadczeniem wystawionym przez położną. Przepisy wydane na podstawie art. 9 ust. 8 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1952) stosuje się odpowiednio.
Jednorazowe świadczenie nie przysługuje, jeżeli:

- dziecko zostało umieszczone w pieczy zastępczej albo w domu pomocy społecznej zapewniającym nieodpłatnie pełne utrzymanie (art. 10 ust. 13 ustawy w związku z art. 7 pkt 2 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych);
- jeżeli na dziecko przysługuje jednorazowe świadczenie lub świadczenie o charakterze podobnym do jednorazowego świadczenia za granicą, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej (art. 10 ust. 13 ustawy w związku z art. 7 pkt 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych); Wniosek o wypłatę jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka. Wniosek złożony po terminie pozostawia się bez rozpoznania.

2. Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia.

Oświadczam, że:

- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do jednorazowego świadczenia,
- jestem świadczeniobiorcą świadczeń opieki zdrowotnej lub osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji
- w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807, 1860, 1948, 2138 i 2173),
- na dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie, nie jest pobierane w tej lub innej instytucji jednorazowe świadczenie,
- dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie nie zostało/nie zostały umieszczone w pieczy zastępczej ani w domu pomocy społecznej zapewniającym nieodpłatne pełne utrzymanie,
- członkowi rodziny nie przysługuje na dziecko jednorazowe świadczenie lub świadczenie o charakterze podobnym do jednorazowego świadczenia za granicą, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej,

☐	nie przebywam ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2)	☐	przebywam lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2). (w przypadku zaznaczenia wypełnij sekcję DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ):

(1) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
(2) Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego mają zastosowanie na terenie: Austrii, Belgii, Chorwacji, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Włoch, Wielkiej Brytanii, Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii, Węgier, Bułgarii, Rumunii, Norwegii, Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii.

DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ
Podaj: imię, nazwisko, numer PESEL, kraj przebywania członka/członków rodziny za granicą wraz z adresem zamieszkania poza granicami RP, nazwę i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami RP :

.....

.....

Klauzula informacyjna dla osoby ubiegającej się o świadczenie „Za życiem"

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/48/WE (dalej RODO), wobec uzyskania od Pani/Pana danych osobowych, informujemy:

1)Administratorem (ADO) Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Gdyni z siedzibą w Gdyni 81-382, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 52-54, e-mail: umgdynia@gdynia.pl, tel.: +48 58 626 26 26.
2) Dane Inspektora ochrony danych [IOD]: e-mail: iod@gdynia.pl, adres do korespondencji: 81-382 Gdynia, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 52-54.
3) Cel i podstawa prawna: Pani/Pana dane osobowe oraz dane wykazanych członków rodziny przetwarzane są w celu ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U.2016 poz.1860) w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny ciążący na ADO). ADO nie przewiduje przetwarzania uzyskanych danych osobowych w celach innych niż wskazane w zdaniach poprzedzających, gdyby jednak taka okoliczność miała mieć miejsce, o wykorzystaniu uzyskanych danych osobowych na inne cele zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
4) Odbiorcami Pani/Pana danych będą: jednostki organizacyjne podległe ADO, organy władzy publicznej zgodnie z postępowaniem właściwym w sprawie, operator pocztowy, PKO Bank Polski SA, firma świadcząca serwis systemu dziedzinowego do obsługi wypłaty świadczeń SYGNITY, firma świadcząca serwis systemu elektronicznego zarządzania dokumentacją w Urzędzie Miasta Gdyni. W przypadku ujawnienia się konieczności przekazania danych odbiorcom innym niż w zdaniu poprzedzającym, zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
5) ADO nie przewiduje przekazania uzyskanych danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. W przypadku takiego zamiaru zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
6) ADO nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania w oparciu o otrzymane dane osobowe.
7) Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8) Ma Pani/Pan prawo do:
   a) żądania uzyskania kopii danych osobowych lub ich udostępnienia w siedzibie ADO w Gdyni (art. 15 RODO),
   b) żądania sprostowania danych osobowych (art. 16 RODO),
   c) żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych (art. 18 RODO),
9) ADO informuje jednocześnie, iż na podstawie art. 77 RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Urząd Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel.: 22 531 03 00, dotyczącej niezgodności przetwarzania przekazanych danych osobowych z RODO.
10) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości ustalenia i wypłacenia jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższym pouczeniem, oraz, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe

.....	.....	.....
miejscowość	data: dd / mm / rrrr	podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie

OŚWIADCZENIE

Proszę o przekazywanie należnych mi świadczeń rodzinnych na niżej wskazane konto bankowe:

Imię i nazwisko właściciela konta: …….....…….....…….....

Pełna nazwa banku: …….....…….....…….....

Numer rachunku bankowego:

.....
(data, podpis osoby ubiegającej się

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

☐	zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej
☐	zaświadczenie lekarskie/zaświadczenie wystawione przez położną(1) potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu — wzór zaświadczenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka raz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. poz. 1234).
(1) Wymóg dostarczenia zaświadczenia lekarskiego/zaświadczenia wystawionego przez położną nie dotyczy osób będących opiekunami prawnymi lub opiekunami faktycznymi dziecka (opiekun faktyczny dziecka to osoba faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka), a także do osób, które przysposobiły dziecko.	