## Додаток до розпорядження Міністра сім’ї, праці та соціальної політики

від 21 грудня 2016 р. (поз. ............ ).

*ЗРАЗОК*

|  |
| --- |
| Назва відповідного органу, що розглядає справу  про надання одноразової допомоги: |
| Адреса: |

# ЗАЯВА ПРО НАДАННЯ ПРАВА НА ОДНОРАЗОВУ ДОПОМОГУ У ЗВ’ЯЗКУ З НАРОДЖЕННЯМ ДИТИНИ, В ЯКОЇ ДІАГНОСТОВАНО ВАЖКІ ТА НЕЗВОРОТНІ ВАДИ АБО НЕВИЛІКОВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ, ЯКІ ВИНИКЛИ В ПРЕНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

**РОЗВИТКУ АБО ПІД ЧАС ПОЛОГІВ**

**Частина І**

1. **Дані особи, що клопочеться про надання права на одноразову допомогу, що далі іменується**

**«заявник».**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ім’я** | | **Прізвище** | | |
|  | |  | | |
| **Номер PESEL\*)** | | **Громадянство** | | |
|  | |  | | |
| **Місце проживання** | | | | |
| **Місцевість** | | | | **Поштовий індекс** |
|  | | | |  |
| **Вулиця** | | | **Номер будинку** | **Номер квартири** |
|  | | |  |  |
| **Номер телефону (необов’язково)** | **Адреса електронної пошти — e-mail (необов’язково)** | | | |
|  |  | | | |

\*) У випадку, якщо не надано номер PESEL, слід вказати номер та серію документа, що посвідчує особу.

# Клопочуся про надання права на одноразову допомогу для наступних дітей:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Ім’я** | **Прізвище** | | **Стать** |
|  | |  | | * жіноча * чоловіча |
| **Номер PESEL**\***)** | | **Громадянство** | **Дата народження:**  **(*дд / мм / рррр*):** | |
|  | |  |  | |
| **2.** | **Ім’я** | **Прізвище** | | **Стать** |
|  | |  | | * жіноча * чоловіча |
| **Номер PESEL**\***)** | | **Громадянство** | **Дата народження:**  **(*дд / мм / рррр*):** | |
|  | |  |  | |
| **3.** | **Ім’я** | **Прізвище** | | **Стать** |
|  | |  | | * жіноча * чоловіча |
| **Номер PESEL**\***)** | | **Громадянство** | **Дата народження:**  **(*дд / мм / рррр*):** | |
|  | |  |  | |

\*) У випадку, якщо не надано номер PESEL, слід вказати номер та серію документа, що посвідчує особу.

# Частина ІІ

**Заява про надання права на одноразову допомогу**

## Заявляю, що:

* - я ознайомився/-лась з умовами надання права на одноразову допомогу,
* Я є одержувачем медичного обслуговування або особою, яка має право на медичне обслуговування, на підставі положень про координацію у розумінні положень Закону від 27 серпня 2004 року «Про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів». (Дзеннік устав (Законодавчий вісник) від 2016 р. поз.1793, 1807, 1860 i 1948)
* на дитину/дітей, для яких клопочуся про одноразову допомогу, не отримується одноразова допомога в цій або іншій установі,
* - дитина/діти, щодо яких я клопочуся про одноразову допомоги, не перебуває/не перебувають не були влаштовані до прийомної сім’ї, або будинку соціальної допомоги, що забезпечує повне безоплатне утримання,
* член сім’ї не має право для дитини на одноразову допомогу або допомогу, подібну за характером до одноразової допомоги за кордоном, якщо положеннями

про координацію систем соціального забезпечення або двосторонніми міжнародними договорами

про соціальне забезпечення не передбачено інше,

* **не перебуваю** а також член моєї сім’ї **не перебуває** за межами Республіки Польща\*) у країні, де застосовуються положення про координацію систем

Соціального забезпечення\*\*),

* **перебуваю, або член** моєї сім’ї**перебуває** за межами Республіки Польща\*)у країні, де застосовуються положення про координацію систем соціального забезпечення\*\*) (*у випадку позначення заповнити поле нижче*):

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..........

*(ім’я та прізвище та номер PESEL члена/членів сім’ї, які перебувають за кордоном)*

\*)Це не поширюється на подорожі чи перебування з метою туризму, лікування або або пов'язаного зі здобуванням освіти дитиною за межами території Республіки Польща.

\*\*) Положення про координацію систем соціального забезпечення застосовуються на території наступних країн: Австрія, Бельгія, Хорватія, Данія, Фінляндія, Франція, Греція, Іспанія, Нідерланди, Ірландія, Люксембург, Німеччина, Португалія, Швеція, Італія, Великобританія (\*), Кіпр, Чеська Республіка, Естонія, Литва, Латвія, Мальта, Польща, Словаччина, Словенія, Угорщина, Болгарія, Румунія, Норвегія, Ісландія, Ліхтенштейн, Швейцарія.

## Прошу виплатити мені одноразову допомогу на наступний номер банківського рахунку

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

в банку/ в кооперативній ощадно-кредитній касі

…………………………………………………………………………………………..

(назва банку/ кооперативної ощадно-кредитної каси)

До заяви додаю наступні документи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) □ | довідка, яка підтверджує важку та незворотну ваду або невиліковну хворобу, що загрожує життю, що виникла в пренатальний період розвитку дитини або під час пологів, видана лікарем медичного страхування у розумінні Закону від 27 серпня 2004 року «Про надання медичного забезпечення, що фінансується за рахунок бюджетних коштів», за спеціальністю ІІ ступеня або званням спеціаліста в галузі акушерства та гінекології, перинатології чи неонатології |
| 2) □ | □ медична довідка / довідка, видана акушеркою \* про те, що жінка перебувала на медичному обліку не пізніше 10 тижня вагітності до пологів, зразок довідки міститься в розпорядженні Міністра здоров’я від 14 вересня 2010 р. «Про форму медичної допомоги вагітній жінці, що дає право на доплату при народженні дитини та зразок довідки, що підтверджує, що дитина перебуває під цим опікою» (Дзєннік устав (Законодавчий вісник) поз. 1234),  **\**вимога надання медичної довідки/довідки, виданої акушеркою, не поширюється на осіб, які є законними опікунами або фактичними опікунами дитини (фактичним опікуном дитини є особа, яка фактично доглядає за дитиною, якщо вона звернулася до опікунського суду про усиновлення дитини), а також до осіб, які усиновили дитину.*** |
| 3) | ......................... |

### Роз’яснення:

Відповідно до ст.10 п.2 Закону від 4 листопада 2018 р. «Про підтримку вагітних жінок та сімей «За життям» (Дзеннік устав (Законодавчий вісник) поз.1860), далі «Закон», одноразова допомога надається: матері або батькові дитини, законному опікуну або фактичному опікуну дитини незалежно від доходу.

**Одноразова допомога надається** при народженні живої дитини, яка має довідку, про яку йдеться в ст.4 п.3 Закону (довідка, яка підтверджує важку та незворотну ваду або невиліковну хворобу, що загрожує життю, що виникла в пренатальний період розвитку дитини або під час пологів, видана лікарем медичного страхування у розумінні Закону від 27 серпня 2004 року «Про надання медичного забезпечення, що фінансується за рахунок бюджетних коштів», за спеціальністю ІІ ступеня або званням спеціаліста в галузі акушерства та гінекології, перинатології чи неонатології, у сумі 4000 злотих.

Одноразова допомога надається одержувачам медичного обслуговування або особам, які мають право на медичне обслуговування, на підставі положень про координацію у розумінні положень Закону від 27 серпня 2004 року «Про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів».

Одноразова допомога надається, якщо жінка перебувала на медичному обліку не пізніше 10-го тижня вагітності до пологів (ця вимога не поширюється на осіб, які є законними або фактичними опікунами дитини, а також осіб, які усиновили дитину). Перебування під медичним доглядом підтверджується медичною довідкою або довідкою, виданою акушеркою. Положення видано відповідно до ст.9 п. 8 Закону від 28 листопада 2003 р. «Про сімейну допомогу» (Дзєннік Устав (Законодавчий вісник) від 2016 р., поз.1518 i 1518) застосовується відповідно.

### Одноразова допомога не надається, якщо:

1. дитина влаштована під опіку або в будинок соціальної допомоги з наданням повного безоплатного догляду (ст. 10 п.13 Закону у зв'язку зі ст. 7 п.2 Закону від 28 листопада 2003 року «Про сімейну допомогу»);
2. якщо дитина має право на одноразову допомогу або допомогу, подібну за характером до одноразової допомоги за кордоном, якщо інше не передбачено положеннями про координацію систем соціального забезпечення або двосторонніми договорами про соціальне забезпечення (ст. 10 п. 13 Закону від у поєднанні зі ст. 7 п.6 Закону від 28 листопада 2003 року «Про сімейну допомогу»);

Заява про виплату одноразової допомоги подається протягом 12 місяців з дня народження дитини. Заява, подана пізніше встановленого терміну, не розглядається.

## Заявляю, що я ознайомився/-лась з вищеприведеною інформацією. Заявляю, що приведені вище у заяві дані відповідають фактичному стану речей**.**

................................................................................................................

(місцевість, дата і підпис заявника)