

Nazwa podmiotu realizującego świadczenie
Adres

## WNIOSEK O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOZI Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

### 1. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ

1. Imię	
2. Nazwisko	
3. PESEL *)	4. Seria i numer dowodu *)
5. Stan cywilny	6. Obywatelstwo
7. Miejsce zamieszkania	8. Telefon

\*) w przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

### 2. WNOSZĘ O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOZI NA DZIECKO

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia	PESEL	Miejsce zamieszkania
1.				
2.				
3.				

### 3. DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 1) kserokopie dowodu osobistego **obojga rodziców** szt. ....
- 2) kserokopia aktu urodzenia dziecka .....
- 3) zaświadczenie lekarskie.....
- 4) oświadczenie o ochronie danych osobowych .....



.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej/praktyki położnej<sup>1)</sup>)

....., dnia ..... r.

**ZAŚWIADCZENIE**  
**lekarskie/wystawione przez położną<sup>1)</sup>**  
**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od**  
**10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka<sup>2)</sup>**

Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>3)</sup>

.....

zamieszkała: .....  
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od ..... tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>4)</sup>

- 1) pierwszy trymestr ciąży – .....
- 2) drugi trymestr ciąży – .....
- 3) trzeci trymestr ciąży – .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza / położnej<sup>1)</sup>)

.....  
<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

<sup>3)</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

<sup>4)</sup> Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

.....  
Imię i nazwisko

....., dnia .....

.....  
adres

.....

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 Nr 133 poz.883 w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez: **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dobrzaniu Wielkim,**

.....  
Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez tutejszy Ośrodek:

- zadań określonych ustawą o pomocy społecznej,
- zadań z zakresu pomocy społecznej zleconych Ośrodkowi przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów odrębnych,
- zadań określonych prawem, realizowanych dla dobra publicznego

#### **Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na o:**

1. adresie/siedzibie Ośrodka jako administratora danych osobowych
2. przysługujących mi na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia- tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust.1 oraz art.32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)