

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka <sup>1)</sup>

SR

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
Dział Świadczeń Rodzinnych  
i Funduszu Alimentacyjnego**  
Adres <sup>1)</sup>  
ul. Kusocińskiego 17  
84-200 Wejherowo  
tel. ŚR. 58 677-79-80, FA. 58 677-79-84

1) Przez organ właściwy rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby składającej wniosek.

## WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

### CZĘŚĆ I

1. Dane osoby składającej wniosek o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, zwanej dalej „wnioskodawcą”				
Imię		Nazwisko		
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Obywatelstwo		Stan cywilny <sup>2)</sup>		
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>				
Miejscowość	Kod pocztowy	Adres poczty elektronicznej - e-mail <sup>3)</sup>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Numer telefonu <sup>3)</sup>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

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) Podanie adresu e-mail i numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

2. Składam wniosek o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka na następujące dzieci:				
<b>1</b>	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
<b>2</b>	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
<b>3</b>	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			

1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

### 3. Dane członków rodziny - wpisz tutaj wszystkich członków swojej rodziny, czyli odpowiednio:

- wnioskodawcę (siebie),
- dane dzieci, na które wnioskujesz o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka,
- dane Twojego małżonka/drugiego rodzica dzieci,
- pozostałe dzieci w wieku do ukończenia 25 r. życia, na które nie wnioskujesz o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, ale które pozostają na Twoim utrzymaniu,
- dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.

**Definicja rodziny:** zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach rodzinnych rodzina oznacza **odpowiednio:** małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

Do członków rodziny nie zalicza się:

- dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,
- dziecka pozostającego w związku małżeńskim,
- pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

W skład mojej rodziny wchodzi:				
1	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo	
2	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo	
3	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo	
4	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo	
5	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo	
6	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo	

1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.



5.4 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku:

- nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu.<sup>1)</sup>  
 nie nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu.<sup>1)</sup>

1) Uzyskanie dochodu, zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy, oznacza uzyskanie dochodu spowodowane:

- zakończeniem urlopu wychowawczego,
- uzyskaniem zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.
- uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.

## CZĘŚĆ II      POUCZENIA I OŚWIADCZENIA

### 1. Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka przysługuje:

1) obywatelom polskim,

2) cudzoziemcom:

- a) do których stosuje się przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
  - b) jeżeli wynika to z wiążących Rzeczpospolitą Polską dwustronnych umów międzynarodowych o zabezpieczeniu społecznym,
  - c) przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznościami, o których mowa w art. 127 lub art. 186 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej, jeżeli zamieszkują z członkami rodzin na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - d) posiadającym kartę pobytu z adnotacją "dostęp do rynku pracy", z wyłączeniem obywateli państw trzecich, którzy uzyskali zezwolenie na pracę na terytorium państwa członkowskiego na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, obywateli państw trzecich przyjętych w celu podjęcia studiów lub pracy sezonowej oraz obywateli państw trzecich, którzy mają prawo do wykonywania pracy na podstawie wizy,
  - e) przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie:
    - zezwolenia na pobyt czasowy, o którym mowa w art. 139a ust. 1 lub art. 139o ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, lub
    - dokumentu pobytowego, o którym mowa w art. 1 ust. 2 lit. a rozporządzenia Rady (WE) nr 1030/2002 z dnia 13 czerwca 2002 r. ustanawiającego jednolity wzór dokumentów pobytowych dla obywateli państw trzecich (Dz. Urz. UE L 157 z 15.06.2002, str. 1, z późn. zm. - Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 19, t. 6, str. 3, z późn. zm.), z adnotacją „ICT”, wydanego przez inne państwo członkowskie Unii Europejskiej, gdy celem ich pobytu na tym terytorium jest wykonywanie pracy w charakterze pracownika kadry kierowniczej, specjalisty lub pracownika odbywającego staż w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa, o którym mowa w art. 3 pkt 13b ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, przez okres nieprzekraczający 90 dni w okresie 180 dni
  - jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z członkami rodzin, z wyłączeniem cudzoziemców, którym zezwolono na pobyt i pracę na okres nieprzekraczający dziewięciu miesięcy, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.
- 3) Świadczenia rodzinne przysługują osobom, o których mowa w pkt. 2, jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenia rodzinne, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Jednorazowa zapomoga przysługuje matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie (art. 15b ust. 2 ustawy).

Wniosek o wypłatę jednorazowej zapomogi składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka, a w przypadku gdy wniosek dotyczy dziecka objętego opieką prawną, opieką faktyczną albo dziecka przysposobionego w terminie 12 miesięcy od dnia objęcia dziecka opieką albo przysposobienia nie później niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia. Wniosek złożony po terminie organ właściwy pozostawia bez rozpoznania (art. 15b ust. 3 ustawy).

Jednorazowa zapomoga nie przysługuje, jeżeli (art. 15b ust. 4 ustawy):

- 1) członkowi rodziny przysługuje za granicą świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
- 2) osobie samotnie wychowującej dziecko nie zostało ustalone, na rzecz danego dziecka od jego rodzica, świadczenie alimentacyjne na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, chyba że:
  - a) rodzice lub jedno z rodziców dziecka nie żyje,
  - b) ojciec dziecka jest nieznany,
  - c) powództwo o ustalenie świadczenia alimentacyjnego od drugiego z rodziców zostało oddalone,
  - d) sąd zobowiązał jednego z rodziców do ponoszenia całkowitych kosztów utrzymania dziecka i nie zobowiązał drugiego z rodziców do świadczenia alimentacyjnego na rzecz tego dziecka,
  - e) dziecko, zgodnie z orzeczeniem sądu, jest pod opieką naprzemienną obojga rodziców sprawowaną w porównywalnych i powtarzających się okresach.

Pozostawanie pod opieką medyczną potwierdza się zaświadczeniem lekarskim lub zaświadczeniem wystawionym przez położną. Przepisy w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką, wydane na podstawie art. 9 ust. 8 ustawy, stosuje się odpowiednio.

**W przypadku zmian mających wpływ na prawo do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka, w szczególności zaistnienia okoliczności wymienionych powyżej lub uzyskania dochodu, wnioskodawca jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o tych zmianach gminny organ właściwy realizujący świadczenia rodzinne.**

**Niepoinformowanie gminnego organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń rodzinnych o zmianach, o których mowa powyżej, może skutkować powstaniem nienależnie pobranych świadczeń rodzinnych, a w konsekwencji - koniecznością ich zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnieniem.**

## 2. Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka,
- członkowi rodziny nie przysługuje na dziecko świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka za granicą, lub przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

\*) **nie przebywam** ani członek mojej rodziny **nie przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej<sup>1)</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>2)</sup>

\*) **przebywam\*\*)** lub członek mojej rodziny **przebywa\*\*)** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej<sup>1)</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>2)</sup>.

\*) właściwie zaznaczyć znakiem „X”

\*\*\*) w przypadku zaznaczenia wpisać odpowiednie dane w pkt. 4

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.

## 4. DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ

Podaj: imię, nazwisko, numer PESEL, kraj przebywania za granicą wraz z adresem zamieszkania poza granicami RP, nazwę i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami RP:

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

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1) ..... | 2) ..... |
| 3) ..... | 4) ..... |
| 5) ..... | 6) ..... |

**Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(miejscowość)

.....  
(data: dd / mm / rrrr)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

***Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!***

*(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)*

Imię i nazwisko .....

Adres .....

**Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:**

.....  
(nazwa banku, oddział)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

.....  
(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną\*<sup>1)</sup> do w/w konta bankowego

**Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:**

.....  
(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

\*) niepotrzebne skreślić

.....  
(data                      podpis wnioskodawcy)

Wejherowo, dnia .....

**OŚWIADCZENIE**  
służące ustaleniu prawa do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka

Ja.....

córka/ syn .....-urodz.....

legitymująca/y się dowodem osobistym.....

zamieszkała/y.....

\*

.....

.....

.....

**oświadczam co następuje:**

1. Zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do przyznania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.
2. Zapomoga z tyt urodzenia dziecka ..... nie została dotychczas pobrana przez drugiego z rodziców, ani inną uprawnioną osobę w innym organie.
3. Zamieszkuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymuję świadczenia rodzinne ( ubiegam się o świadczenia rodzinne)
4. Ani rodzic, ani inna osoba uprawniona nie korzysta ze świadczeń z tytułu urodzenia dziecka poza granicami kraju.

Dane powyższe podałam/em zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(podpis oświadczającego)

-----  
\* Zgodnie z art. 23 ust. 5 c ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz U z 2017 r. poz. 1952 ze zm.) osoba składająca oświadczenie jest obowiązana do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści:

**„Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

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

(miejsowość i data)

## 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 udzielenia świadczeń zdrowotnych<sup>4)</sup>:

1) pierwszy trymestr ciąży - .....

2) drugi trymestr ciąży - .....

3) trzeci trymestr ciąży - .....

(pieczęćka i podpis lekarza/położnej<sup>1)</sup>)

1) Niepotrzebne skreślić

2) Niniejsze zaświadczenie zgodne 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.

3) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

4) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

**OŚWIADCZENIE**

Ja ..... urodz. ....

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....

zamieszkały(a) .....

oświadczam co następuje\* .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dane powyższe, które podałem(łam) są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(podpis oświadczającego)

*\* Zgodnie z art. 23 ust. 5c ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 114 ze zm.) osoba składająca oświadczenie jest obowiązana do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**”.*