

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia:

Adres:

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

Część I

1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia, zwanej dalej „osobą ubiegającą się”.

Imię:		Nazwisko:	
Numer PESEL*)		Obywatelstwo	
Miejsce zamieszkania			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Numer domu	Numer mieszkania
Numer telefonu (nieobowiązkowo)		Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)	

*) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

2. Wnoszę o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia na następujące dzieci:

1.	Imię:	Nazwisko:	Płeć
			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	Numer PESEL*)	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rr)
2.	Imię:	Nazwisko:	Płeć
			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	Numer PESEL*)	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rr)
3.	Imię:	Nazwisko:	Płeć
			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	Numer PESEL*)	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rr)

*) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.