

## NAZWA I ADRES ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA „ZA ŻYCIEM” (1)

Nr wniosku

Wpłynęło dnia

Przyjął wniosek

(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 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 składającej wniosek o jednorazowe świadczenie, zwanej dalej „wnioskodawcą”****DANE WNIOSKODAWCY**

01. Imię

02. Nazwisko

03. Numer PESEL

04. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

05. Obywatelstwo

06. Stan cywilny (1)

07. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość(2)

(1) Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec.

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2)

(1) Numer telefonu ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

(2) 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 IDENTYFIKACYJNE DZIECKA – 1**

|                  |                      |                             |                      |   |                      |  |  |
|------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|---|----------------------|--|--|
| Imię             |                      |                             |                      | Nazwisko  |                      |  |  |
| Numer PESEL      | <input type="text"/> | Data urodzenia (dd/mm/rrrr) | <input type="text"/> | Obywatelstwo  | <input type="text"/> |  |  |
| Stan cywilny (1) | <input type="text"/> |                             |                      | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość(2) | <input type="text"/> |  |  |

(1) Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec.

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

**DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA – 2**

|                  |                      |                             |                      |   |                      |  |  |
|------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|---|----------------------|--|--|
| Imię             |                      |                             |                      | Nazwisko  |                      |  |  |
| Numer PESEL      | <input type="text"/> | Data urodzenia (dd/mm/rrrr) | <input type="text"/> | Obywatelstwo  | <input type="text"/> |  |  |
| Stan cywilny (1) | <input type="text"/> |                             |                      | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość(2) | <input type="text"/> |  |  |

(1) Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec.

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

**CZĘŚĆ II****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,
- 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:

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



## Ogólna klauzula informacyjna Centrum Usług Społecznych w Gminie Trynćza

Działając na podstawie art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – (Dz.U.UE.L.2016.119.1) CUS w Gminie Trynćza informuje Państwa co następuje:

**1.** Administratorem danych osobowych, jest Dyrektor Centrum Usług Społecznych w Gminie Trynćza, z siedzibą 37-204 Trynćza 123.

**2.** Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: [iod@trynćza.eu](mailto:iod@trynćza.eu)

**3. Celem przetwarzania danych osobowych jest:** a. wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na Centrum Usług Społecznych w Gminie Trynćza w tym rozpatrzenie wniosków o świadczenia

**4. Kategorie możliwych odbiorców danych osobowych:** a. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;

b. inne podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów prawa lub stosownych umów podpisanych z Centrum Usług Społecznych w Gminie Trynćza przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Dyrektor Centrum Usług Społecznych w Gminie Trynćza w tym podmiotom realizującym zadania na rzecz administratora danych osobowych, takim jak operator pocztowy, bank, dostawcy oprogramowania dziedzinowego.

**5. Okres przechowywania danych osobowych/ kryteria ustalenia tego okresu:**

dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów wymienionych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, tj. przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz aktach wykonawczych do tej ustawy.

**6. Prawa podmiotów danych:**

osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

**7. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

osoba, której dane dotyczą ma możliwość złożenia skargi na CUS do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**8.** CUS ma prawo pozyskiwać dane osobowe od: wszelkich podmiotów zobowiązanych na mocy przepisów prawa do udzielania takich informacji na żądanie CUS.

**9.** Informacja o dowolności podania danych, przetwarzania w sposób zautomatyzowany, profilowania oraz przekazywania danych do państw trzecich.

**10.** Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa, natomiast podanie danych osobowych przy składaniu wniosku o świadczenie jest dobrowolne, ale konieczne do jego rozpatrzenia i realizacji. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

.....  
(data i podpis)