

WZÓR

....., dnia r.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej¹⁾)

ZAŚWIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położną¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²⁾

Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³⁾

.....
zamieszkała:
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴⁾:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza / położnej¹⁾)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ 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.

³⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

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