

WZÓR

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
lub praktyki lekarskiej/praktyki położnej )

.....  
(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 - .....

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

1) Niepotrzebne skreślić

2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. poz. 1456z 2013r. 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 świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży