

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej¹)

....., dn.

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 udzielania 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 (t.j.: Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka żywego

³ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL

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