…… dnia……..

nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Nazwisko i imię dziecka ……

Data urodzenia ……..…….……...…...

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)……..……..

zamieszkała(y)……

Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

……..…….

Pieczątka i podpis lekarza

1. Lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Dzieci, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka w czasie porodu.
3. **Kryterium dochodowe**, tzn.osiągnięcie przeciętnego miesięcznego dochodu, który nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia, przypadającego na osobę żyjącą we wspólnym gospodarstwie domowym (w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych). Dochód dzielony jest przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.