

ŽIADOSŤ O PRÍSPEVOK PRI NARODENÍ DIEŤAŤA

Miestny úrad Devínska Nová Ves
Novoveská č 17/A
843 10 Bratislava 49

Bratislava, dňa

Meno a priezvisko žiadateľky /matky/:
Dátum narodenia: rodinný stav:
Adresa trvalého pobytu:
Číslo telefónu:.....email:.....
Meno a priezvisko otca dieťaťa:.....
Dátum narodenia:.....rodinný stav:.....
Adresa trvalého pobytu:.....

ž i a d a m **o vyplatenie príspevku pri narodení dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa :
Rodné číslo :
Prehlasujem, že pred uplatnením nároku na príspevok pri narodení dieťaťa nebolo dané privolenie na osvojenie dieťaťa a že dieťa nebolo zverené do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov na základe právoplatného rozhodnutia príslušného orgánu.
Príspevok sa poskytuje po dovŕšení 3.mesiaca života dieťaťa a je možné si ho uplatniť do dvoch rokov dieťaťa.

Číslo účtu vo formáte IBAN :

Áno / Nie (nehodiace sa preškrtnite): Žiadateľ súhlasí s poskytnutím a spracovaním osobných údajov v súlade s čl. 6 ods. 1 písm. e) NARIADENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), resp. § 13 ods. 1 písm. e) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

.....
podpis žiadateľky

K žiadosti predložte tieto doklady:

- 1. Občiansky preukaz matky dieťaťa (k nahliadnutiu/kópia)**
- 2. Kópiu rodného listu dieťaťa (k žiadosti)**
- 3. Potvrdenie ošetrojúceho lekára o starostlivosti o dieťa (nie staršie ako jeden mesiac)**

Potvrdenie ošetrujúceho lekára o starostlivosti o dieťa (nie staršie ako jeden mesiac)

Ošetrujúci lekár (meno/priezvisko):

týmto potvrdzuje, že

matka (meno/priezvisko):

narodená (dátum):

bytom:

sa riadne stará o dieťa (meno/priezvisko):

narodené (dátum):

V Bratislave dňa :

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára