

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

..... dnia r.
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawnijące do wydłużenia okresu, za który przysługuje świadczenie rodzicielskie, po zaistnieniu okoliczności wskazanych w art. 17c ust. 3a-3f ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2024 poz. 323).

Dane rodzica dziecka:

Nazwisko i imię rodzica

Numer PESEL rodzica

Dane dziecka/dzieci urodzonych podczas jednego porodu:

1. Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

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

Waga urodzeniowa dziecka..... Poród nastąpił w tygodniu ciąży.

Okres hospitalizacji podany w tygodniach*.....

2. Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

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

Waga urodzeniowa dziecka..... Poród nastąpił w tygodniu ciąży.

Okres hospitalizacji podany w tygodniach*.....

3. Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

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

Waga urodzeniowa dziecka..... Poród nastąpił w tygodniu ciąży.

Okres hospitalizacji podany w tygodniach*.....

4. Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

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

Waga urodzeniowa dziecka..... Poród nastąpił w tygodniu ciąży.

Okres hospitalizacji podany w tygodniach*.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza

*Art. 17 c ust. 3d ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2024 poz. 323). Przy ustalaniu prawa do wydłużenia okresu przysługiwania świadczenia rodzicielskiego na zasadach określonych w ust. 3a okresy pobytu dziecka w szpitalu do upływu odpowiednio 8, albo 15. tygodnia po porodzie sumuje się. Niepełny tydzień zaokrągla się w górę do pełnego tygodnia.