

# 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 : .....

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 (na žiadosti)

Ošetrujúci lekár : ..... týmto potvrdzuje, že

matka : .....narodená : .....

bytom : .....

sa riadne stará o dieťa : .....narodené : .....

V Bratislave dňa : .....

\_\_\_\_\_  
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára