

Nazwa podmiotu realizującego świadczenia rodzinne:
Adres:

WZÓR

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNEGO

Część I.

Dane osoby ubiegającej się

Imię i nazwisko	
PESEL ^{*)}	NIP ^{**)}
Obywatelstwo	Telefon
Miejsce zamieszkania	

^{*)} W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

^{**)} W przypadku braku wpisać serię i numer dowodu osobistego

Wnoszę o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego w związku z opieką nad:

.....
(imię i nazwisko)

Data urodzenia.....nr PESEL^{*)}

Obywatelstwo..... nr NIP^{**)}

Miejsce zamieszkania.....

Telefon.....

^{*)} W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

^{**)} W przypadku braku wpisać serię i numer dowodu osobistego

Część II.

Dane członków rodziny (w tym dzieci do ukończenia 25 lat, a także dziecka, które ukończyło 25 rok życia legitymującego się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne). Do składu rodziny nie wlicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego.

(wypełnić w przypadku nie ubiegania się o zasiłek rodzinny)

W skład rodziny wchodzi:

1		PESEL*)
	(imię i nazwisko	
2		PESEL*)
	(imię i nazwisko	
3		PESEL*)
	(imię i nazwisko	
4		PESEL*)
	(imię i nazwisko	
5		PESEL*)
	(imię i nazwisko	

^{*)} W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

Część III.

Inne dane.

(wypełnić w przypadku nie ubiegania się o zasiłek rodzinny)

1. Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób wyniosła w roku^{*)} zł.....gr
2. Łączna kwota opłat ponoszonych z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w roku^{*)} wyniosłazł.....gr
3. Dochód utracony z roku^{*)} wyniósł zł.....gr miesięcznie
4. Dochód uzyskany w roku wyniósł zł.....gr miesięcznie

^{*)} Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

Część IV.

Oświadczenie służące ustaleniu prawa do świadczenia pielęgnacyjnego.

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do świadczenia pielęgnacyjnego,
- nie mam ustalonego prawa do emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
- osoba wymagająca opieki:
 - a) pozostaje w związku małżeńskim,
 - b) została umieszczona w rodzinie zastępczej albo w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę przez co najmniej 5 dni w tygodniu z wyjątkiem zakładów opieki zdrowotnej;
- osoba w rodzinie ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury na to dziecko,
- osoba w rodzinie ma ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego,
- nie jestem zatrudniony/a ani nie wykonuję innej pracy zarobkowej,
- zamieszkiwałam/em i przebywałam/em na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 1 roku poprzedzającego okres zasiłkowy,
- w przypadku wyjazdu poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie organu właściwego.

W przypadku zmiany liczby członków rodziny lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, zwłaszcza ukończenia przez dziecko 25 roku życia, osoba ubiegająca się jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić o tych zmianach podmiot realizujący świadczenia rodzinne.

.....
(data podpis ubiegającej się)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Pouczenie

Świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością opieki nad dzieckiem przysługuje matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu, jeżeli nie podejmuje lub rezygnuje z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności albo o znacznym stopniu niepełnosprawności (art. 17 ust 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych):

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje obywatelom polskim oraz cudzoziemcom posiadającym obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, jeżeli zamieszkują i przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres co najmniej 1 roku przed złożeniem wniosku oraz przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenie pielęgnacyjne.

Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje, jeżeli:

- 1) osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do emerytury (uposażenia w stanie spoczynku), renty (inwalidzkiej, z tytułu niezdolności do pracy lub szkoleniowej), renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
- 2) osoba wymagająca opieki:
 - a) pozostaje w związku małżeńskim,
 - b) została umieszczona w rodzinie zastępczej albo w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę przez co najmniej 5 dni w tygodniu, z wyjątkiem zakładów opieki zdrowotnej,
- 3) osoba w rodzinie ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury na to dziecko,
- 4) osoba w rodzinie ma ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego albo do świadczenia pielęgnacyjnego na to lub na inne dziecko w rodzinie.

.....
(data podpis osoby ubiegającej się)

Wypełnia podmiot realizujący świadczenia.

1. Dochody członków rodziny osiągnięte w roku kalendarzowym

2. Ogółem w r. rodzina uzyskała dochód..... zł.....gr

4. Miesięczny dochód rodziny (dochód z pozycji 3 należy podzielić przez liczbę 12) wyniósłzł.....gr

5. Miesięczny dochód rodziny po odliczeniu utraconego dochodu/doliczeniu
uzyskanego dochodu**), o którym mowa w części III pkt 3 i 4 wniosku
wyniósł.....zł.....gr

6. Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł.....zł.....gr

.....
(podpis pracownika)

*) Przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne

**) Niepotrzebne skreślić