

Nazwa i adres podmiotu realizującego świadczenia rodzinne:

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNEGO

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 członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

(wypełnić w przypadku nieubiegania się o zasiłek rodzinny)

W skład rodziny wchodzi:

1	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)
2	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)
3	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)
4	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)
5	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)
6	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)
7	 (imię i nazwisko)	 stopień pokrewieństwa	 PESEL*)	 urząd skarbowy)

*) W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

Część III

Inne dane

(wypełnić w przypadku nieubiegania 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 *) wyniosła zł 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.

**) Wpisać rok, w którym osoba uzyskała dochód, po roku stanowiącym 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) nie pozostaje w związku małżeńskim,

- b) nie 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, w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym albo została w nim umieszczona i nie korzysta z całodobowej opieki, z wyjątkiem zakładów opieki zdrowotnej,
- osoba w rodzinie nie ma ustalonego prawa do wcześniejszej emerytury na to dziecko,
 - osoba w rodzinie nie ma ustalonego prawa do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego albo świadczenia pielęgnacyjnego,
 - nie jestem zatrudniona/y ani nie wykonuję innej pracy zarobkowej,

W przypadku zmiany liczby członków rodziny, wyjazdu członka rodziny poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej, uzyskania dochodu 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 osoby ubiegającej się)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

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, zwanej dalej "ustawą").

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje:

- 1) obywatelom polskim,
 - 2) cudzoziemcom:
 - a) do których stosuje się przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
 - b) jeżeli wynika to z wiążących Rzeczpospolitą Polską umów dwustronnych o zabezpieczeniu społecznym,
 - c) przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 53 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694)), zgody na pobyt tolerowany lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy, jeżeli zamieszkują łącznie z członkami rodzin na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenie pielęgnacyjne, chyba, że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej (art. 1 ustawy).
- 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, w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym i korzysta z całodobowej opieki albo w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji (lub rehabilitacji w placówce zapewniającej całodobową opiekę 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)

Część V

Wypełnia podmiot realizujący świadczenia.

(wypełnić w przypadku nieubiegania się o zasiłek rodzinny)

1. Dochody członków rodziny osiągnięte w roku kalendarzowym

Lp.	Członkowie rodziny (imię i nazwisko)	Dochody (w zł)			Ogółem
		Dochód opodatkowany podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych*)	Zadeklarowany w oświadcze- niu dochód z działalności podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne	Inny dochód niepodlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8	Razem				

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

3. Dochód roczny rodziny po odliczeniu zobowiązań, o których mowa w części III pkt 1 i 2 wniosku,
wyniósł zł gr.

4. Miesięczny dochód rodziny (dochód z pozycji 3 należy podzielić przez liczbę 12) wyniósł
..... zł 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.

.....
(miejscowość

.....
data)

.....
(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.