

## WZÓR

Nazwa podmiotu realizującego świadczenia rodzinne:
Adres:

**WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNEGO**

Część I.

**Dane osoby ubiegającej się**

Imię i nazwisko	
PESEL <sup>*)</sup>	NIP <sup>**)</sup>
Obywatelstwo	Telefon
Miejsce zamieszkania	

<sup>\*)</sup> W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu).<sup>\*\*)</sup> 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<sup>\*)</sup> .....Obywatelstwo ..... nr NIP<sup>\*\*)</sup> .....

Miejsce zamieszkania .....

Telefon .....

<sup>\*)</sup> W przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu).<sup>\*\*)</sup> 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                                      PESEL<sup>\*)</sup>                                      urząd skarbowy

2 .....	imię i nazwisko	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy
3 .....	imię i nazwisko	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy
4 .....	imię i nazwisko	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy
5 .....	imię i nazwisko	PESEL <sup>*)</sup>	urząd skarbowy

<sup>\*)</sup> 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 .....<sup>\*)</sup> ..... zł ... gr.
2. Łączna kwota opłat ponoszonych z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w roku .....<sup>\*)</sup> wyniosła ..... zł ... gr.
3. Dochód utracony z roku .....<sup>\*)</sup> wyniósł ..... zł ... gr miesięcznie.
4. Dochód uzyskany w roku .....<sup>\*\*)</sup> wyniósł ..... zł ... gr miesięcznie.

<sup>\*)</sup> Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

<sup>\*\*)</sup> 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) .....

### **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 Rzeczypospolitą 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 przez 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 <sup>*)</sup>	zadeklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej 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.					
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<sup>\*\*) , o którym mowa w części III pkt 3 i 4 wniosku, wyniósł ..... zł ... gr.</sup>

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.