

Nazwa podmiotu realizującego świadczenia rodzinne:  
Adres:

## WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO

### Część I

#### 1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego

Imię		Nazwisko		
Numer PESEL *)	Data urodzenia	Stan cywilny	Obywatelstwo	
Miejsce zamieszkania		Miejscowość		Kod pocztowy
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Telefon (nieobowiązkowo)	

Wnoszę o przyznanie specjalnego zasiłku opiekuńczego w związku z opieką nad:

.....  
(imię i nazwisko)

Data urodzenia ..... numer PESEL\*) ..... Obywatelstwo .....

Miejsce zamieszkania .....

Telefon (nieobowiązkowo) .....

\*) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

### Część II

1. Dane członków rodziny osoby ubiegającej się sprawującej opiekę (w tym dziecka do ukończenia 25. roku życia, a także dziecka, które ukończyło 25 rok życia, legitymującego się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. poz. 567, z późn zm.)). Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

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)

\*) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

2. Dane członków rodziny osoby wymagającej opieki, w przypadku, gdy osoba wymagająca opieki jest małoletnia (rodzice osoby wymagającej opieki, małżonek rodzica osoby wymagającej opieki, osoba, z którą rodzic osoby wymagającej opieki wychowuje wspólne dziecko, pozostające na ich utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także osoba wymagającą opieki; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko, a także rodzica osoby wymagającej opieki zobowiązanego tytułem wykonawczym pochodzącym lub zatwierdzonym przez sąd do alimentów na jej rzecz).

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)

\*) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

3. Dane członków rodziny osoby wymagającej opieki, w przypadku gdy osoba wymagająca opieki jest pełnoletnia (osoba wymagająca opieki, małżonek osoby wymagającej opieki, osoba, z którą osoba wymagająca opieki wychowuje wspólne dziecko oraz pozostające na ich utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko).

W skład rodziny wchodzi:

1. .... <small>(imię i nazwisko)</small>	..... <small>stopień pokrewieństwa</small>	..... <small>PESEL *)</small>	..... <small>urząd skarbowy)</small>
2. .... <small>(imię i nazwisko)</small>	..... <small>stopień pokrewieństwa</small>	..... <small>PESEL *)</small>	..... <small>urząd skarbowy)</small>
3. .... <small>(imię i nazwisko)</small>	..... <small>stopień pokrewieństwa</small>	..... <small>PESEL *)</small>	..... <small>urząd skarbowy)</small>
4. .... <small>(imię i nazwisko)</small>	..... <small>stopień pokrewieństwa</small>	..... <small>PESEL *)</small>	..... <small>urząd skarbowy)</small>
5. .... <small>(imię i nazwisko)</small>	..... <small>stopień pokrewieństwa</small>	..... <small>PESEL *)</small>	..... <small>urząd skarbowy)</small>

W przypadku gdy prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego ustala się na osobę znajdującą się pod opieką opiekuna prawnego lub umieszczoną w rodzinie zastępczej spokrewnionej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 332, z późn. zm.), ustalając prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, należy wskazać dane członków rodziny osoby sprawującej opiekę oraz dane osoby wymagającej opieki.

\*) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

4. Organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą": (zakreślić odpowiedni kwadrat)

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- Wojskowe Biuro Emerytalne
- Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
- Biuro Emerytalne Służby Więziennej
- Jednostka organizacyjna wymiaru sprawiedliwości .....  
(nazwa i adres właściwej jednostki)
- inne .....  
(nazwa i adres właściwej jednostki)

### Część III

#### Inne dane

1. Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób wyniosła w roku ..... \*) ..... zł ..... gr.

2. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku nastąpiła / nie nastąpiła\*\*) utrata dochodu\*\*\*).

3. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku nastąpiło / nie nastąpiło\*\*) uzyskanie dochodu\*\*\*\*).

\*) Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) Utrata dochodu zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy, oznacza utratę dochodu spowodowaną:

- uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- utratą prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- wyrejestrowaniem pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14 a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.),
- utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą zasadności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych,
- utratą świadczenia rodzicielskiego,
- utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

\*\*\*\*) Uzyskanie dochodu, zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy, oznacza uzyskanie dochodu spowodowane:

- zakończeniem urlopu wychowawczego,
- uzyskaniem prawa do zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

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

### Część IV

#### Oświadczenie służące ustaleniu prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do specjalnego zasiłku opiekuńczego,

