

Nazwa i adres organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń rodzinnych:

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO ZASIŁKU PIELEGNACYJNEGO

CZĘŚĆ I

Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do zasiłku pielęgnacyjnego

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

Wnoszę o ustalenie prawa do zasiłku pielęgnacyjnego dla**):

.....
(imię i nazwisko)

z tytułu: (zakreślić odpowiedni kwadrat)

niepełnosprawności

ukończenia 75 roku życia

Dane osoby, której wniosek dotyczy***):

Data urodzenia numer PESEL *)

Obywatelstwo:

Miejsce zamieszkania:

Telefon (nieobowiązkowo):

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

***) Jeżeli osoba ubiegająca się składa wniosek o zasiłek pielęgnacyjny dla osoby pełnoletniej, jest obowiązana przedstawić upoważnienie tej osoby do złożenia wniosku w jej imieniu, chyba że jest opiekunem prawnym.

***) Jeżeli nie dotyczy to osoby ubiegającej się.

CZEŚĆ II

Oświadczenie służące ustaleniu uprawnień do zasiłku pielęgnacyjnego

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do zasiłku pielęgnacyjnego,
- osoba, której wniosek dotyczy, nie przebywa w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, tj. domu pomocy społecznej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym, zakładzie karnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, a także szkole wojskowej lub innej szkole, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie,
- osoba, której wniosek dotyczy, nie pobiera zasiłku pielęgnacyjnego w innej instytucji,
- osoba, której wniosek dotyczy, nie jest uprawniona do dodatku pielęgnacyjnego,
- członkowi rodziny nie przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją osoby, której wniosek dotyczy, lub przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią, że przysługujące za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z opieką nie wyłącza prawa do takiego świadczenia na podstawie ustawy,
- przebywam/nie przebywam*) poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej**) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego***),
- członek mojej rodziny, w rozumieniu art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, przebywa/nie przebywa*) poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej**) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego***).

*) Niepotrzebne skreślić.

**) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

***) Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego mają zastosowanie na terenie: Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Włoch, Wielkiej Brytanii, Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii, Węgier, Bułgarii, Rumunii, Norwegii, Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii oraz od 1 lipca 2013 r. Chorwacji.

W przypadku zmian mających wpływ na prawo do zasiłku pielęgnacyjnego, w szczególności zaistnienia okoliczności wymienionych powyżej, osoba ubiegająca się jest obowiązana niezwłocznie powiadomić o tych zmianach podmiot realizujący świadczenia rodzinne.

Nie poinformowanie organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń rodzinnych o zmianach, o których mowa powyżej, może skutkować powstaniem nienależnie pobranych świadczeń rodzinnych, a w konsekwencji - koniecznością ich zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

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

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się składającej oświadczenie)

