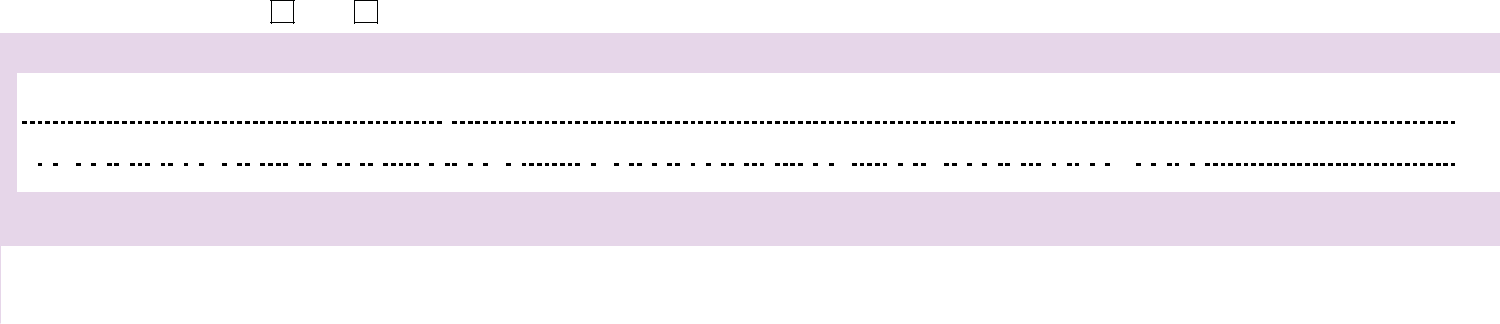
**SP**

**WNIOSEK**

**O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO**

1. **Zapoznaj się z warunkami przysługiwania świadczenia pielęgnacyjnego umieszczonymi w pouczeniu w CZĘŚCI II wniosku.**
2. **Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.**
3. **Pola „Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość” dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.**
4. **Pola wyboru zaznaczaj** v **lub X .**



**NAZWA ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO**

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA MIASTA BIAŁEGOSTOKU:

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W BIAŁYMSTOKU - DZIAŁ ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

**ADRES ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO**

01. Gmina 02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

Wniosek składa się w gminie właściwej   
ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BIAŁYSTOK | 1 | 5 | - | 6 | 3 | 4 |  | BIAŁYSTOK |
| 04. Ulica |  |  |  | 05. Numer | | | |  |
| KLEPACKA | 18 | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**CZĘŚĆ I**

**1. Dane osoby składającej wniosek o świadczenie pielęgnacyjne, zwanej dalej „wnioskodawcą”.**



Wpisz swoje dane oraz adres zamieszkania (nie zameldowania).

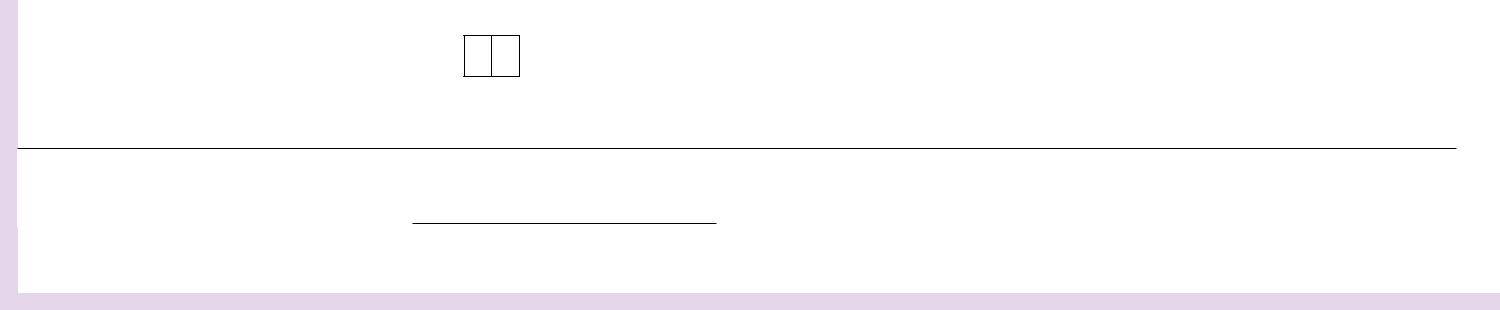
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. Imię | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | 02. Nazwisko | | | | |  |
|  | BRYGIDA | | | | | | | | | | |  |  |  | NOWAK | | | | | |  |
| 03. Numer PESEL | | | | | | | | | | | | 04. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | | 05. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 9 | 8 | 9 |  |
| 06. Obywatelstwo | | | | | | | | | | | | 07. Stan cywilny (2) | | | | | | | | | Płeć (wpisz: K-kobieta, M-mężczyzna) |
|  | POLSKIE | | | | | | | | | | |  | ZAMĘŻNA | | | | | | | | K |

 (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL

1. Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec.



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |  |  |  |  |  |  |
| 01. Gmina | 02. Kod pocztowy | | | | | 03. Miejscowość |  |
| BIAŁYSTOK | 1 5 - |  |  |  |  | BIAŁYSTOK |  |
| 0 | 0 | 1 |  |  |
| 04. Ulica | 05. Numer domu | | | | | 06. Numer mieszkania |  |
| RADOSNA | 1 |  |  |  |  | 1 |  |
| 07. Numer telefonu (1) | 08. Adres poczty elektronicznej - e-mail(2) | | | | |  |  |
| 123456789 | b.nowak@mail.com | | | | |  |  |

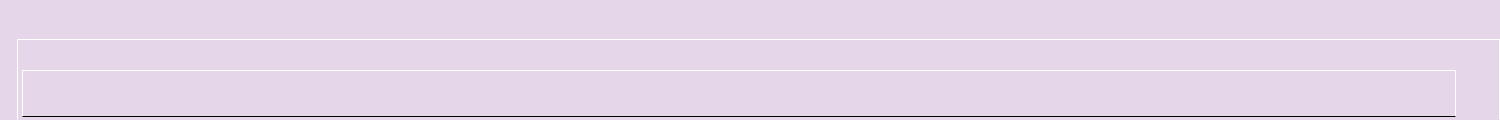


 (1) Numer nie jest obowiązkowy ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

(2) Podanie adresu e-mail ułatwi kontakt w sprawie wniosku i jest obowiązkowe gdy składasz wniosek drogą elektroniczną.

**Składam wniosek o świadczenie pielęgnacyjne w związku z opieką nad:**

Wpisz dane osoby, na którą składasz wniosek.



**DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01. Imię | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | 02. Nazwisko | | | | | |  |
|  | JULIA | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | NOWAK | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 03. Numer PESEL | | | | | | | | | | | |  | 04. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 05. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |  | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 |  |  |
|  | 06. Obywatelstwo | | | | | | | | | | | |  | 07. Stan cywilny (2) | | | | | | | | | Płeć (wpisz K-kobieta, M-mężczyzna) |
|  | POLSKIE | | | | | | | | | | | |  | PANNA | | | | | | | | | K |

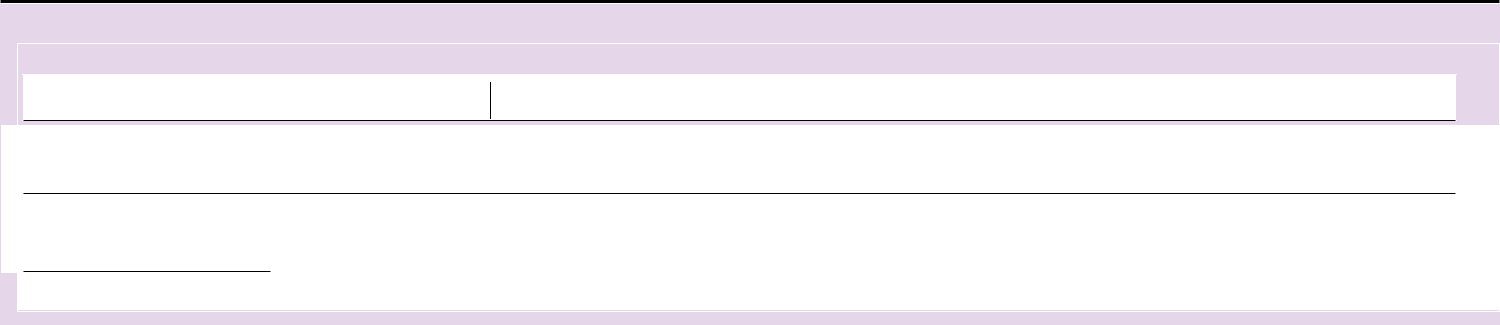


1. Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL
2. Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu),

wdowa, wdowiec.

strona: 1/5

**SP**



**ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01. Gmina | 02. Kod pocztowy | | | | | | | 03. Miejscowość |  |
|  | BIAŁYSTOK |  |  | - |  |  |  |  | BIAŁYSTOK |  |
|  |  | 1 5 | 0 | 0 | 1 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 04. Ulica | 05. Numer domu | | | | | | | 06. Numer mieszkania |  |
|  | RADOSNA | 1 | |  |  |  |  |  | 1 |  |
|  | 07. Numer telefonu (1) |  |  |  |  |  |  |  | Wpisz adres zamieszkania  (nie zameldowania) osoby, na którą składasz wniosek. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(1) Numer nie jest obowiązkowy ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

Przeczytaj uważnie pouczenia!

**CZĘŚĆ II POUCZENIA I OŚWIADCZENIA**

**1) POUCZENIE**

**Świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przysługuje:**

1. matce albo ojcu,
2. opiekunowi faktycznemu dziecka,
3. osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
4. innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności,

- jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| się | orzeczeniem | o znacznym | stopniu niepełnosprawności | | | albo | orzeczeniem | o niepełnosprawności | | łącznie |
| ze wskazaniami: konieczności stałej lub | | | | długotrwałej | opieki | lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie | | | | |
| ograniczoną możliwością samodzielniej | | | | egzystencji | oraz | konieczności stałego | | współudziału na | co | dzień |
| opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Osobom,** | **o których** | **mowa w pkt** | **4, innym niż spokrewnione w** | | | | **pierwszym stopniu z osobą** | | **wymagającą** | |

**opieki, przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, w przypadku gdy spełnione są łącznie następujące warunki:**

* rodzice osoby wymagającej opieki nie żyją, zostali pozbawieni praw rodzicielskich, są małoletni lub legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

- nie ma innych osób spokrewnionych w pierwszym stopniu, są małoletnie lub legitymują się orzeczeniem

o znacznym stopniu niepełnosprawności,

* nie ma osób, o których mowa w pkt 2 i 3 powyżej, lub legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

**Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje:**

1. obywatelom polskim;
2. cudzoziemcom:
   1. do których stosuje się przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
   2. jeżeli wynika to z wiążących Rzeczpospolitą Polską umów dwustronnych o zabezpieczeniu społecznym,
   3. przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rezydenta długoterminowego | Unii Europejskiej, | zezwolenia | na | pobyt | czasowy udzielonego | w związku z | okolicznościami, |
| o których mowa w art. 127 | lub art. 186 ust. 1 | pkt 3 ustawy z dnia | | | 12 grudnia 2013 r. o | cudzoziemcach, | lub w związku |
| z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy | | | lub | ochrony uzupełniającej, jeżeli zamieszkują z członkami rodzin | | | |
| na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, | |  |  |  |  |  |  |

1. posiadającym kartę pobytu z adnotacją „dostęp do rynku pracy”, z wyłączeniem obywateli państw trzecich, którzy uzyskali zezwolenie na pracę na terytorium państwa członkowskiego na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, obywateli państw

trzecich przyjętych w celu podjęcia studiów lub pracy sezonowej oraz obywateli państw trzecich, którzy mają prawo do wykonywania pracy na podstawie wizy,

1. przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy, o którym mowa w art. 139a ust. 1 lub art. 139o ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, lub

* w związku z korzystaniem z mobilności krótkoterminowej pracownika kadry kierowniczej, specjalisty lub pracownika odbywającego

staż w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa na warunkach określonych w art. 139n ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach

* jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z członkami rodzin, z wyłączeniem cudzoziemców, którym zezwolono na pobyt i pracę na okres nieprzekraczający 9 miesięcy, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej,

1. przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy, o którym mowa w art. 151 lub art. 151b ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r.

* 1. cudzoziemcach,
* na podstawie wizy krajowej w celu prowadzenia badań naukowych lub prac rozwojowych,

**-** w związku z korzystaniem z mobilności krótkoterminowej naukowca na warunkach określonych w art. 156b ust. 1 ustawyz dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,

* z wyłączeniem cudzoziemców, którym zezwolono na pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

strona: 2/5

**SP**

**Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeżeli niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała:**

1. nie później niż do ukończenia 18. roku życia lub
2. w trakcie nauki w szkole lub szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25. roku życia (art. 17 ust. 1b ustawy).

**Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje, jeżeli (art. 17 ust. 5 ustawy):**

1. osoba sprawująca opiekę:
   1. ma ustalone prawo do emerytury, renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego

świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub rodzicielskiego

świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,

* 1. ma ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów,

1. osoba wymagająca opieki:
   1. pozostaje w związku małżeńskim, chyba że współmałżonek legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu

niepełnosprawności,

b) została umieszczona w rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej, rodzinnym domu dziecka albo, w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę,

* 1. tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, z wyjątkiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, i korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu,

1. na osobę wymagającą opieki inna osoba ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury,
2. na osobę wymagającą opieki jest ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10 ustawy, prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów,

5) na osobę wymagającą opieki inna osoba jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba ze przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

1. **przypadku gdy o świadczenie pielęgnacyjne, ubiega się rolnik, małżonek rolnika bądź domownik, świadczenie to przysługuje odpowiednio:**
2. rolnikom w przypadku zaprzestania prowadzenia przez nich gospodarstwa rolnego,
3. małżonkom rolników lub domownikom w przypadku zaprzestania prowadzenia przez nich gospodarstwa rolnego albo wykonywania

przez nich pracy w gospodarstwie rolnym.

Zaprzestanie prowadzenia gospodarstwa rolnego lub zaprzestanie wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym potwierdza się stosownym oświadczeniem złożonym pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 17b ustawy).

1. **przypadku zbiegu uprawnień do następujących świadczeń:**
   1. świadczenia rodzicielskiego lub
   2. świadczenia pielęgnacyjnego, lub
   3. specjalnego zasiłku opiekuńczego, lub
   4. dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, lub
   5. zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

– przysługuje jedno z tych świadczeń wybrane przez osobę uprawnioną - także w przypadku, gdy świadczenia te przysługują

w związku z opieką nad różnymi osobami (art. 27 ust. 5 ustawy).

**Osoba ubiegająca się jest obowiązana niezwłocznie powiadomić gminny organ właściwy o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, w tym również o przypadku wyjazdu wnioskodawcy lub członka jego rodziny poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej.**

**Niepoinformowanie gminnego 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.**

1. **OŚWIADCZENIA SŁUŻĄCE USTALENIU PRAWA DO ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO**

Zapoznaj się z oświadczeniem.

**Oświadczam, że:**

1. powyższe dane są prawdziwe,
2. zapoznałam / zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do świadczenia pielęgnacyjnego,
3. nie mam ustalonego prawa do emerytury, renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,
4. nie mam ustalonego prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego i zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów,

strona: 3/5

**SP**

1. osoba wymagająca opieki:

– nie pozostaje w związku małżeńskim, lub współmałżonek legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

– nie została umieszczona w rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej, rodzinnym domu dziecka

albo, w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobowa opiekę,

* 1. tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, z wyjątkiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub nie korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu,

1. na osobę wymagającą opieki inna osoba nie ma ustalonego prawa do wcześniejszej emerytury,
2. na osobę wymagającą opieki nie jest ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10 ustawy, prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego i prawo do zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów,

h) na osobę wymagającą opieki inna osoba nie jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieka 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,

1. nie jestem zatrudniony / zatrudniona ani nie wykonuje innej pracy zarobkowej (przez zatrudnienie lub wykonywanie innej pracy zarobkowej rozumie się: wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o prace nakładcza

oraz wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych, a także prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej),

1. rodzice osoby wymagającej opieki nie żyją, zostali pozbawieni praw rodzicielskich, są małoletni lub legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
2. nie ma innych osób spokrewnionych w pierwszym stopniu z osobą wymagającą opieki, są małoletnie lub legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz
3. nie ma opiekuna faktycznego dziecka wymagającego opieki ani osoby będącej rodziną zastępczą spokrewnioną, z dzieckiem wymagającym opieki w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, lub legitymują

się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Zaznacz odpowiedni kwadrat

ł) nie przebywam ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2),

1. przebywam lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają

zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2)

(w przypadku zaznaczenia wypełnij CZĘŚĆ III wniosku DANE CZŁONKA RODZINY PRZEBYWAJACEGO ZA GRANICĄ oraz wypełnij OŚWIADCZENIE

dostępne na stronie Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego).

[**http://www.bialystok.uw.gov.pl/Informacje+wydzialow/Polityka+Spoleczna/Informacje+Wydzialu/Koordynacja.htm**](http://www.bialystok.uw.gov.pl/Informacje+wydzialow/Polityka+Spoleczna/Informacje+Wydzialu/Koordynacja.htm)

1. Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego maja zastosowanie na terenie: Austrii, Belgii, Chorwacji, 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.

**DANE CZŁONKA RODZINY PRZEBYWAJĄCEGO ZA GRANICĄ**

Podaj: imię, nazwisko, numer PESEL, kraj przebywania członka/członków rodziny za granicą, w tym współmałżonka lub drugiego rodzica dziecka/dzieci, wraz z adresem zamieszkania poza granicami RP, okres pobytu, nazwę i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami RP, okres wykonywania pracy lub prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej poza granicami RP.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wypełnij zgodnie z instrukcją, jeżeli ktoś   
z członków Twojej rodziny przebywa   
poza granicami Polski. Dodatkowo wypełnij OŚWIADCZENIE znajdujące się na stronie Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Podpisz oświadczenie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BIAŁYSTOK | 01/07/2020 | BRYGIDA NOWAK |
| …………………………………….. | …………………………………….. | ……………………………… |
| (Miejscowość) | (Data: dd / mm / rrrr) | (Podpis wnioskodawcy) |
|  |  |  |
|  | strona: 4/5 |  |

**SP**

Wypełnij i podpisz to oświadczenie wyłącznie jeżeli jesteś rolnikiem, małżonkiem rolnika lub domownikiem.

**CZĘŚĆ** **III** .

**Oświadczenie wnioskodawcy o zaprzestaniu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym przez rolnika, małżonka rolnika lub domownika**

Oświadczam, że:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) |  | TAK |  | NIE | Oświadczam, że jestem rolnikiem lub małżonkiem albo domownikiem rolnika. | | | | | | | | | |  |
| 2) |  | TAK |  | NIE | Oświadczam, że zaprzestałem / zaprzestałam prowadzenia gospodarstwa rolnego albo wykonywania | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Data: (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | pracy w gospodarstwie rolnym od dnia(1): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(1) Wpisz datę, od kiedy zaprzestałaś/eś prowadzenia gospodarstwa rolnego albo wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.

Wpisz dokładną datę zaprzestania wykonywania pracy   
w gospodarstwie rolnym, w związku z podjęciem opieki nad osobą,   
na którą wnioskujesz.

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

………………………………….

……………………………….…

………………………………………

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis wnioskodawcy)

**Proszę o wpłatę świadczenia pielęgnacyjnego na:**

a) następujący nr rachunku bankowego

1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

BRYGIDA NOWAK

którego właścicielem jest ..............................................................................................

(imię i nazwisko)

1.  kartę

Wpisz nr rachunku bankowego, na które będzie wypłacane świadczenie. W przypadku nieposiadania konta możesz wybrać formę wypłaty świadczeń na kartę MOPR.

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wpisz dokumenty,   
które dołączasz.

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BIAŁYSTOK | 01/07/2020 | BRYGIDA NOWAK |
| …………………………………………. | ………………………………….. | ……………………………………….. |
| (Miejscowość) | (Data: dd / mm / rrrr) | (Podpis wnioskodawcy) |

Podpisz wniosek imieniem   
i nazwiskiem.

strona: 5/5