**SZO**

**WNIOSEK**

**O USTALENIE PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO**

**1. Zapoznaj się z warunkami przysługiwania specjalnego zasiłku opiekuńczego umieszczonymi w pouczeniu w CZĘŚCI IV wniosku**

**2. Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.**

**3. Pola „Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość” dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.**



Wpisz okres, na jaki ubiegasz się o świadczenie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Pola wyboru zaznaczaj** | **lub.** | **/ 20** 21 |  |
| **Wniosek dotyczy okresu zasiłkowego (1): 20** 20 |  |

(1) Okres zasiłkowy trwa od 1 listopada do 31 października następnego roku kalendarzowego.



**NAZWA ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO (1)**

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA MIASTA BIAŁEGOSTOKU:

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W BIAŁYMSTOKU - DZIAŁ ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

**ADRES ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO (1)**

01. Gmina

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

BIAŁYSTOK

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 5 | - | 6 | 3 | 4 | BIAŁYSTOK |
|  |  |  |  |  |  |

KLEPACKA 18

(1) Przez organ właściwy rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby składającej wniosek.

**CZĘŚĆ I**

**1. Dane osoby składającej wniosek o specjalny zasiłek opiekuńczy, zwanej dalej "wnioskodawcą"**



Wpisz swoje dane oraz adres zamieszkania (nie zameldowania).

**DANE WNIOSKODAWCY**

 Imię

ADAM

 Nazwisko

NOWAK

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  | 04. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | 05. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 9 | 0 | 1 |  | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 8 | 9 |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Płeć (wpisz: K – kobieta, M – mężczyzna) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | POLSKIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M |  |  |
| Stan cywilny (2) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ŻONATY

 Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

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

wdowa, wdowiec.

**ADRES ZAMIESZKANIA**

 Gmina

BIAŁYSTOK

 Kod pocztowy 03. Miejscowość

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  1 5 | 0 0 | 1 | BIAŁYSTOK |
| 04. Ulica |  |  |  |
| RADOSNA |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 05. Numer domu |  | 06. Numer mieszkania |  | 07. Numer telefonu (1) |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1 | 1 |  | 987-654-321 |  |

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2)

adamnowak@mail.com

 Numer nie jest obowiązkowy ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

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

strona: 1/9

**SZO**

**Składam wniosek o specjalny zasiłek opiekuńczy w związku z opieką nad:**



Wpisz dane osoby, którą się opiekujesz.

**DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI**

Imię:

GENOWEFA

Nazwisko:

NOWAK

Numer PESEL: Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 5 | 0 | 3 | 0 | 3 0 | 0 | 0 0 0 | 0 3 | 0 3 | 1 | 9 | 5 5 |

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

MATKA

Obywatelstwo: Stan cywilny:

POLSKIE WDOWA

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



**ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI**

Gmina:

Wpisz adres zamieszkania (nie zameldowania) osoby,
nad którą sprawujesz opiekę.

BIAŁYSTOK

Kod pocztowy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 5 |  0 |  0 1 |

Ulica:

Miejscowość:

BIAŁYSTOK

RADOSNA

Numer domu: Numer mieszkania: Numer telefonu: (1)

1 1

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

**CZĘŚĆ II**

1. **Wpisz tutaj wszystkich członków Twojej rodziny, czyli odpowiednio:**
	* **wnioskodawcę (siebie),**
	* **dane Twojego małżonka albo drugiego rodzica, z którym wspólnie wychowujesz dzieci,**
	* **pozostające na Twoim utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 r. życia,**
	* **dziecko, które ukończyło 25. rok życia, legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.**

Definicja rodziny: zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach rodzinnych rodzina oznacza odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące 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.

Należy wpisać dane członków Twojej rodziny, zaczynając od siebie jako wnioskodawcy,
a następnie dzieci oraz dane drugiego rodzica / małżonka, patrz pkt 1 (str. 2).

Do członków rodziny nie zalicza się:

* dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,
* dziecka pozostającego w związku małżeńskim,
* pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

**W skład mojej rodziny wchodzą:**

(Jeżeli w skład rodziny wchodzi więcej osób, należy dodatkowo wypełnić i dołączyć do niniejszego formularza załącznik Nr 1 SZO)



**DANE OSOBY - 1, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY WNIOSKODAWCY (część II, punkt 1)**

Imię:

ADAM

Nazwisko:

NOWAK

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

8 9 0 1 0 1 0 0 0 0 0

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

WNIOSKODAWCA

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

strona: 2/9

**SZO**



**DANE OSOBY - 2, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY WNIOSKODAWCY (część II, punkt 1)**

Imię:

BRYGIDA

Nazwisko:

NOWAK

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

8 9 0 2 0 2 0 0 0 0 0

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

ŻONA

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



**DANE OSOBY - 3, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY WNIOSKODAWCY (część II, punkt 1)**

Imię:

JULIA

Nazwisko:

NOWAK

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

1 3 0 1 0 1 0 0 0 0 0

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

CÓRKA

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



**DANE OSOBY - 4, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY WNIOSKODAWCY (część II, punkt 1)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

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



**DANE OSOBY - 5, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY WNIOSKODAWCY (część II, punkt 1)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

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



**DANE OSOBY - 6, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY WNIOSKODAWCY (część II, punkt 1)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do wnioskodawcy)

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

strona: 3/9

**SZO**

Zaznacz, nad kim sprawujesz opiekę, czy nad osobą pełnoletnią, małoletnią, czy osobą będącą pod opieką opiekuna prawnego.

1. **Wpisz członków rodziny osoby wymagającej opieki, w przypadku, gdy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **osoba wymagająca opieki jest pełnoletnia (w skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzą: osoba wymagającą opieki,** |  |
|  | X |  |
|  | **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).** |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **osoba wymagająca opieki jest małoletnia (w skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzą: 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 wymagająca opieki; do** |  |
|  |  | **członów 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).** |  |
|  |  |  |  |



**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 2018 r. poz. 998 z późn. zm.), ustalając prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego należy wskazać dane członków rodziny wnioskodawcy oraz dane osoby wymagającej opieki.**

**W skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzą:**

(Jeżeli w skład rodziny wchodzi więcej osób, należy dodatkowo wypełnić i dołączyć do niniejszego formularza załącznik Nr 1 SZO)



**DANE OSOBY - 1, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (część II, punkt 2)**

Imię:

Wpisz dane członków rodziny osoby, nad którą sprawujesz opiekę.
W zależności od tego, kim się opiekujesz, należy wpisać odpowiednio członków rodziny osoby wymagającej opieki – patrz wyżej – pkt 2.

GENOWEFA

Nazwisko:

NOWAK

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

5 5 0 3 0 3 0 0 0 0 0

Pokrewieństwo: (relacja do osoby wymagającej opieki)

OSOBA WYMAGAJĄCA OPIEKI

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



**DANE OSOBY - 2, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (część II, punkt 2)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby wymagającej opieki)

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



**DANE OSOBY - 3, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (część II, punkt 2)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby wymagającej opieki)

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

strona: 4/9

**SZO**



**DANE OSOBY - 4, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (część II, punkt 2)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby wymagającej opieki)

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



**DANE OSOBY - 5, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (część II, punkt 2)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Pokrewieństwo: (relacja do osoby wymagającej opieki)

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



**DANE OSOBY - 6, WCHODZĄCEJ W SKŁAD RODZINY OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (część II, punkt 2)**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL: Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Jeżeli w składzie rodziny wnioskodawcy lub rodziny osoby wymagającej opieki jest więcej osób niż pól we wniosku, wypełnij dodatkowo ZAŁĄCZNIK NR 1 SZO.

Pokrewieństwo: (relacja do osoby wymagającej opieki)

* 1. Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.
1. **Zaznacz organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne za Ciebie i członków Twojej rodziny.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| X | Zakład Ubezpieczeń |  | Kasa Rolniczego Ubezpieczenia |  | Brak (1) |  | Inny |  |
|  |  |  |  |
| Społecznych |  | Społecznego |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Zaznacz organ, w którym jesteście ubezpieczeni zdrowotnie. Wpisz poniżej nazwę i adres jednostki.

Nazwa i adres właściwej jednostki:

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

Pkt 1.1. Jeżeli ktoś z członków rodziny w 2019 r. płacił alimenty na rzecz innych osób, wpisz łączną kwotę zapłaconych alimentów w 2019 r.

Jeżeli nie 🡪 wpisz 0,00 zł.

(1) Zaznacz „Brak”, gdy ani za Ciebie, ani za żadnego z członków Twojej rodziny nie są odprowadzane składki na ubezpieczenie zdrowotne.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ III** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Dane dotyczące dochodów członków rodziny** | Rok kalendarzowy (1) | Kwota alimentów |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 | 0 | 1 | 8 |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | **,** 0 | 0 |  |  |
| 1.1 Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób w roku: |  |  |  |  | wyniosła: |  |  |  |  |  |  | zł gr |  | zł. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



1. Wpisz rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny. W aktualnym okresie zasiłkowym jest to rok 2019.

Pkt 1.2 dot. dochodów osiągniętych przez członków rodzin w 2019 r.

Czy w 2019 r. osiągnęliście nieopodatkowane dochody np. świadczenie rodzicielskie, alimenty, świadczenia
z funduszu alimentacyjnego, stypendia szkolne, dochody z zagranicy? 🡪 TAK 🡪 wypełnij ZAŁĄCZNIK Nr 4

 Czy była prowadzona działalność na zasadach ryczałtu ewidencjonowanego lub karty podatkowej? 🡪 TAK 🡪 dołącz odpowiednie zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o dochodzie z działalności za 2019 r.

 Czy posiadacie lub dzierżawicie gospodarstwo rolne? 🡪 TAK 🡪 wypełnij ZAŁĄCZNIK Nr 5

Patrz – pkt 1.2, str. 6

strona: 5/9

**SZO**

1.2 W roku kalendarzowym**(1)** poprzedzającym okres, na który jest ustalane prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, Ja, osoba wymagająca opieki lub członkowie naszych rodzin (wskazani w części II punkt 1 i 2 wniosku): Zaznacz odpowiedni kwadrat:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  | NIE | osiągnęli dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach |  |
|  |  |  | określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | od osób fizycznych – wskazane w pouczeniu do Załącznika Nr 4 |  |
|  |  |  | *(w przypadku zaznaczenia TAK dodatkowo wypełnij oświadczenie o dochodzie Twoim lub członka/członków rodziny* |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | *stanowiące Załącznik Nr 4 do wniosku)* |  |
| TAK |  | NIE | osiągnęli dochody z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku |  |
|  |  |  | dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne - ryczałt ewidencjonowany lub karta |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | podatkowa |  |
|  |  |  | *(w przypadku zaznaczenia TAK dołącz do wniosku zaświadczenie z urzędu skarbowego zawierające dane dotyczące opodatkowania działalności Twojej lub członka/członków Twojej rodziny, podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne - ryczałt ewidencjonowany lub karta podatkowa)* |  |
|  |  |  |  |  |
| TAK |  | NIE | Posiadają / dzierżawią gospodarstwo rolne |  |
|  |  |  | *(w przypadku zaznaczenia TAK dodatkowo wypełnij oświadczenie o wielkości Twojego gospodarstwie rolnego lub gospodarstwa członka / członków rodziny stanowiące Załącznik Nr 5 do wniosku).* |  |
|  |  |  |  |

(**1) Wpisz rok kalendarzowy, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny**. W aktualnym okresie zasiłkowym jest to rok 2019.



***tj. 2020r. i do dnia składania wniosku***

**tj. 2019 r.**

1.3 W **roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy** lub ***po tym roku***: Zaznacz odpowiedni kwadrat

nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu, (1)

nie nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu. (1)

Czy w roku 2019 lub po roku 2019 (do dnia składania wniosku)
u któregoś z członków rodziny nastąpiła utrata dochodu spowodowana wymienioną obok okolicznością?

1. Utrata dochodu, zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy, oznacza utratę dochodu spowodowaną: uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,

utratą 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, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,

wykreśleniem z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,

utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,

utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń 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,

utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

***tj. 2020r. i do dnia składania wniosku***

**tj. 2019 r.**

1.4 W **roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy** lub ***po tym roku***: Zaznacz odpowiedni kwadrat

nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu, (2)

nie nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu. (2)

Czy w roku 2019 lub po roku 2019 u któregoś
z członków rodziny nastąpiło uzyskanie dochodu
w związku z wymienioną obok okolicznością?

1. Uzyskanie dochodu, zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy, oznacza uzyskanie dochodu spowodowane:

- zakończeniem urlopu wychowawczego,

- uzyskaniem 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, renty socjalnej lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym,

* rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36aa ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
* 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,
* uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

**Przepisów o utracie i uzyskaniu dochodu nie stosuje się do dochodu z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej i dochodu z tytułu wyrejestrowania lub rozpoczęcia pozarolniczej działalności gospodarczej, jeżeli członek rodziny lub dziecko pozostające pod opieką opiekuna prawnego utracili dochód z tych tytułów i w okresie 3 miesięcy licząc od dnia utraty dochodu uzyskali dochód u tego samego pracodawcy lub zleceniodawcy lub zamawiającego dzieło lub ponownie rozpoczęli pozarolniczą działalność gospodarczą.**

strona: 6/9

**SZO**

Przeczytaj uważnie pouczenia!

**CZĘŚĆ IV POUCZENIA I OŚWIADCZENIA**

**1. POUCZENIE**

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. — Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom, jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością sprawowania stałej 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.

**Specjalny zasiłek opiekuńczy 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,
2. 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

* + 1. 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

* + 1. 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. o 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 ustawy z 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.

Prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługuje ww. osobom, jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują specjalny zasiłek opiekuńczy, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej (art. 1 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, zwanej dalej „ustawą”).

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje jeżeli łączny dochód rodziny wnioskodawcy oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie (art. 16a ust. 2). W przypadku gdy łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę przekracza kwotę uprawniającą daną osobę do specjalnego zasiłku opiekuńczego o kwotę niższą lub równą kwocie odpowiadającej najniższemu zasiłkowi rodzinnemu przysługującemu w okresie, na który jest ustalany, specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeżeli przysługiwał w poprzednim okresie zasiłkowym. W przypadku przekroczenia dochodu w kolejnym roku kalendarzowym specjalny zasiłek opiekuńczy nie przysługuje (art. 16 ust. 3 ustawy).

W przypadku gdy o specjalny zasiłek opiekuńczy ubiega się rolnik, małżonek rolnika bądź domownik, świadczenie to przysługuje odpowiednio:

1. rolnikom w przypadku zaprzestania prowadzenia przez nich gospodarstwa rolnego;
2. 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, o których mowa w ust. 1, 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 ka rnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 17b ustawy).

**Specjalny zasiłek opiekuńczy nie przysługuje, jeżeli:**

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,
	2. 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,
	3. legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
2. osoba wymagająca opieki została umieszczona w rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej, w rodzinnym domu dziecka albo, w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, z wyjątkiem podmiotów wykonujących działalność leczniczą, i korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu;

strona: 7/9

**SZO**

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, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub prawo do zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów;
3. na osobę wymagającą opieki inna osoba jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

**W 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).**

Zapoznaj się
z oświadczeniem.

1. **OŚWIADCZENIE SŁUŻĄCE USTALENIU PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO Oświadczam, że:**
	1. powyższe dane są prawdziwe,
	2. zapoznałam / zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do specjalnego zasiłku opiekuńczego,
	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,
	5. nie legitymuję się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
	6. osoba wymagająca opieki nie została umieszczona w rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej, w rodzin nym domu dziecka albo, w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w 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,
	7. na osobę wymagającą opieki inna osoba nie ma ustalonego prawa do wcześniejszej emerytury,
	8. na osobę wymagającą opieki nie jest ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10 ustawy, specjaln ego 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,
	9. na osobę wymagającą opieki inna osoba nie jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką lub przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej,
	10. nie jestem zatrudniony / zatrudniona ani nie wykonuję innej pracy zarobkowej (przez zatrudnienie lub wykonywanie innej pracy zarobkowej rozumie się: wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą 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), Zaznacz odpowiedni kwadrat:
	11. nie przebywam ani członek mojej rodziny, w tym współmałżonek lub drugi rodzic dziecka/dzieci, nie przebywa poza granicami

Rzeczpospolitej Polskiej (1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (2).

* 1. przebywam lub członek mojej rodziny, w tym współmałżonek lub drugi rodzic dziecka/dzieci, przebywa poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej (1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (2).

(w przypadku zaznaczenia wypełnij sekcję DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH 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%2Bwydzialow/Polityka%2BSpoleczna/Informacje%2BWydzialu/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 CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH 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.

strona: 8/9

**SZO**

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

**CZĘŚĆ V**

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

**Wypełnij tylko wtedy jeśli jesteś rolnikiem, małżonkiem rolnika lub domownikiem.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.

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

……………………………………….

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

……………………………………….

……………………………………………

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis wnioskodawcy)

**Proszę o wypłatę specjalnego zasiłku opiekuńczego na:**

1. następujący nr rachunku bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ADAM NOWAK

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

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

(imię i nazwisko)

1.  kartę



**W przypadku zmian mających wpływ na prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, w szczególności zaistnienia okoliczności wymienionych powyżej, w tym również w przypadku wyjazdu wnioskodawcy lub członka jego rodziny poza granice Rzeczypospolitej Polskiej, uzyskania dochodu lub konieczności weryfikacji prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego z uwzględnieniem art. 5 ust. 4c ustawy, wnioskodawca jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o tych zmianach organ właściwy wypłacający świadczenia rodzinne.**

**Niepoinformowanie organu właściwego 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.**

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wpisz dokumenty,
które dołączasz.

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Podpisz wniosek imieniem
i nazwiskiem.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BIAŁYSTOK |  |  |  |
| 01.07.2020 | ADAM NOWAK ………………………………………… |  |
| ……………………………………….  | ………………………………………. |  |
| (Miejscowość) | (Data: dd / mm / rrrr) | (Podpis wnioskodawcy |  |
|  |  |  |  |
|  | strona: 9/9 |  |  |