

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie specjalnego zasiłku opiekuńczego ¹⁾

SR

GMINNY OŚRODEK
POMOCY SPOŁECZNEJ

Adres ¹⁾

ul. Bydgoska 21
86-070 Dąbrowa Chełmińska
tel/fax 52 38 16 769

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

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO

Wniosek dotyczy okresu zasiłkowego: 20 / 20

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

CZĘŚĆ I

1. Dane osoby składającej wniosek o specjalny zasiłek opiekuńczy, zwany dalej „wnioskodawcą”

Imię		Nazwisko	
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
		dd mm rrrr	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo		Stan cywilny ²⁾	
Adres miejsca zamieszkania			
Miejscowość	Kod pocztowy	Adres poczty elektronicznej - e-mail ³⁾	
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Numer telefonu ³⁾

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.

³⁾ Podanie adresu e-mail i numeru telefonu nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

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

Dane osoby wymagającej opieki			
Imię		Nazwisko	
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
		dd mm rrrr	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		Obywatelstwo	
Adres miejsca zamieszkania osoby wymagającej opieki			
Miejscowość	Kod pocztowy		
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Numer telefonu ²⁾

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

²⁾ Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe 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:** 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 162 i 972).

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 wchodzi:			
1	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Data urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <small style="text-align: center;">dd mm rrrr</small>
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		
2	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Data urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <small style="text-align: center;">dd mm rrrr</small>
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		
3	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Data urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <small style="text-align: center;">dd mm rrrr</small>
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		
4	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Data urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <small style="text-align: center;">dd mm rrrr</small>
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		
5	Imię	Nazwisko	
	Numer PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Data urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <small style="text-align: center;">dd mm rrrr</small>
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		

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

W skład mojej rodziny wchodzi:

6	Imię		Nazwisko			
	Numer PESEL		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m r r r r	
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)						
7	Imię		Nazwisko			
	Numer PESEL		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m r r r r	
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)						
8	Imię		Nazwisko			
	Numer PESEL		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m r r r r	
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)						

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

2. Wpisz członków rodziny wymagającej opieki, w przypadku, gdy:

- *) osoba wymagająca opieki jest **pełnoletnia** (w skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzi: 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).
- *) osoba wymagająca opieki jest **małoletnia** (w skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzi: 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 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).
- *) 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 wnioskodawcy oraz dane osoby wymagającej opieki.

*) właściwe zaznaczyć znakiem „X”

W skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzi:

1	Imię		Nazwisko			
	Numer PESEL		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m r r r r	
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)						

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

W skład rodziny osoby wymagającej opieki wchodzi:

2	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				
3	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				
4	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				
5	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				
6	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				
7	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				
8	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pokrewieństwo (relacja do osoby wymagającej opieki)				

3. Zaznacz organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne za Ciebie i członków Twojej rodziny.

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

(nazwa i adres właściwej jednostki)

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

CZĘŚĆ III

1. Dane dotyczące dochodów członków rodziny

1.1 Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób w roku: wyniosła: zł.
rok kalendarzowy¹⁾ kwota alimentów

¹⁾ Wpisz rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

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):

TAK NIE osiągnęli dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, a rt. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.)

(w przypadku zaznaczenia **TAK** wypełnij dodatkowo oświadczenie o dochodzie Twoim lub członka/członków rodziny)

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)

TAK NIE osiągnęli dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego

(w przypadku zaznaczenia **TAK** wypełnij dodatkowo oświadczenie o przeciętnej wielkości Twojego gospodarstwa rolnego lub gospodarstwa członka/członków rodziny).

1.3 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku:

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

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 lub renty socjalnej,
- wyrejestrowaniem pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14a 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 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. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1842 ze zm.)

1.4 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku:

- nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu.¹⁾
- nie nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu.¹⁾

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 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.
- uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842 ze zm.)

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 dzieła lub ponownie rozpoczęli pozarolniczą

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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 2082, oraz z 2016 r. poz. 406 i 1271) 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 samodzielnej 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:
 - a) do których stosuje się przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
 - b) jeżeli wynika to z wiążących Rzeczpospolitą Polską umów dwustronnych o zabezpieczeniu społecznym,
 - c) 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 (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.), lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej, jeżeli zamieszkują z członkami rodzin na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 - d) 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 sześciu miesięcy, obywateli państw trzecich przyjętych w celu podjęcia studiów oraz obywateli państw trzecich, którzy mają prawo do wykonywania pracy na podstawie wizy,
- jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenia rodzinne, 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518, z późn. zm.), 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).

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje w wysokości 520,00 zł miesięcznie (art. 16a ust. 6 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 karnej 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:
 - a) 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 lub świadczenia przedemerytalnego,
 - b) 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,
 - c) 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;
- 3) na osobę wymagającą opieki inna osoba ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury;
- 4) 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;
- 5) 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).

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 granicę 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 gminny organ właściwy realizujący świadczenia rodzinne.

Nie poinformowanie 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.

2. OŚWIADCZENIE SŁUŻĄCE USTALENIU PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO

2.1 Oświadczam, że:

- a) powyższe dane są prawdziwe,
- b) zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do specjalnego zasiłku opiekuńczego,
- c) 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 i świadczenia przedemerytalnego,
- d) 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,
- e) nie legitymuję się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- f) osoba wymagająca opieki nie 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 podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub nie korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu,
- g) na osobę wymagającą opieki inna osoba nie ma ustalonego prawa do wcześniejszej emerytury,
- h) na osobę wymagającą opieki nie jest ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10 ustawy, 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,
- i) 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,
- j) 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),
- k) *) **nie przebywam** ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej¹⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁾
- l) *) **przebywam** lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej¹⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁾.
(w przypadku zaznaczenia wypełnij sekcję DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ)

*) właściwe zaznaczyć znakiem „X”

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 mają 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 wraz z adresem zamieszkania poza granicami RP, nazwę i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami RP:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CZĘŚĆ V

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

Wypełnij tylko wtedy, gdy jesteś rolnikiem, małżonkiem rolnika lub domownikiem rolnika.

Oświadczam, że:

1) TAK NIE Oświadczam, że jestem rolnikiem lub małżonkiem albo domownikiem rolnika.

1) TAK NIE Oświadczam, że zaprzestałem / zaprzestałam prowadzenia gospodarstwa rolnego albo wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym od dnia¹⁾:

d	d	m	m	r	r	r	r	r	r

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

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

.....
(miejscowość)

.....
(data: dd / mm / rrr)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 3)
- 2)
- 4)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko

Adres

Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:

.....
(nazwa banku, oddział)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*¹⁾ do w/w konta bankowego

Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:

.....
(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

*¹⁾ niepotrzebne skreślić

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

Dąbrowa Chełmińska,

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres)

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że nie podejmuje i nie poszukuję żadnej pracy zarobkowej w związku z opieką nad dzieckiem niepełnosprawnym / osobą niepełnosprawną* .

.....
(czytelny podpis)

* niewłaściwe przekreślić

Dąbrowa Chełmińska,

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres)

.....
.....
OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu w innej Instytucji.

.....
(czytelny podpis)

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

.....
imię i nazwisko

Dąbrowa Chełmińska,

.....
a d r e s

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

1. Jestem osobą stanu wolnego i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu .

Z uwagi na powyższe, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej będzie kontynuował ubezpieczenie zdrowotne.

2. Niniejszym oświadczam, że pozostaję na utrzymaniu współmałżonka / imię i nazwisko współmałżonka /.....

Który, podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu (właściwe podkreślić) :

- a / zatrudnienia
- b / prowadzenia pozarolniczej działalności
- c / wykonywania pracy na podstawie umowy – zlecenia
- d / pobierania renty
- e / pobierania emerytury
- f / podlegania ubezpieczeniu rolniczemu
- g / posiadania statusu osoby bezrobotnej
- h / pobierania zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego

3. Współmałżonek nie posiada tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i nie może mnie zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny , gdyż : (np. nie pracuje i nie jest zarejestrowany jako osoba bezrobotna) – prosimy podać przyczynę :

.....
.....

W związku z powyższym przyjmuję do wiadomości, że posiadając rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia tut. organ z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego wiążącego się z przyznaniem świadczenia z ustawy o świadczeniach rodzinnych.

.....
data i podpis podopiecznego

KLAUZULA INFORMACYJNA

ogólna

Na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego jako „RODO” udostępniam klauzulę informacyjną.

Administratorem Twoich danych osobowych będzie **Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Chełmińskiej**. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: ul. Bydgoska 21, 86-070 Dąbrowa Chełmińska, e-mailowo: gops@dabrowachelminska.lo.pl, telefonicznie: 52 38-16-769.

Do kontaktów w sprawie ochrony Twoich danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym możesz się kontaktować wysyłając e-mail na adres: m.lochocki@jumi2012.pl.

1. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie:

- 1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wykonania obowiązków prawnych ciążyących na administratorze,
- 2) art. 9 ust. 2 lit b RODO przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie socjalnej zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej,
- 3) art. 9 ust. 2 lit. c RODO przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby której dane dotyczą,
- 4) art. 9 ust. 2 lit. g RODO przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym,
- 5) ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci*
- 6) ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów*
- 7) ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych*
- 8) ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*
- 9) ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów*
- 10) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*
- 11) ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*
- 12) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry start”*
- 13) art. 6 ust. 1 lit. a RODO na podstawie Twojej zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie nr telefonu, adresu e-mail.

2. Dane osobowe administrator może ujawniać odbiorcom, którymi są m.in.: podmioty świadczące usługi telekomunikacyjne, pocztowe, bankowe, ubezpieczeniowe, jednostki organizacyjne administratora, które będą realizować jego ustawowe zadania, sądy, organy ścigania, podatkowe, radcowie prawni, podmioty kontrolujące administratora oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych, ale wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów.

Dane osobowe także będą ujawnione pracownikom i współpracownikom administratora w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nich obowiązków.

Państwa dane osobowe administrator może także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi, jednakże przekazanie Twoich danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Twoich praw.

3. Dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji tj.:

- 1) do 5 lat od wykonania ostatniej czynności związanej z przetwarzaniem danych osobowych,
- 2) do czasu przedawnienia roszczeń,
- 3) w zakresie danych, gdzie wyraziłeś zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcia zgody, nie dłużej jednak niż do czasu wskazanego w ppkt 1.

4. Podanie danych:
- 1) jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówisz podania danych lub podane zostaną nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa,
 - 2) jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Twojej zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
5. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
- 1) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
 - 2) sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
 - 3) usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO jeżeli:
 - a) wycofasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
 - b) dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
 - c) dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
 - 4) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO jeżeli:
 - a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
 - b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
 - c) administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
 - 5) cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem.
6. Przysługuje Ci także skarga do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
8. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

Dąbrowa Chełmińska, dnia.....

.....
(imię i nazwisko oświadczającego)

.....
(ulica, miejscowość)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną ogólną dotyczącą ochrony moich danych osobowych.

.....
(czytelny podpis oświadczającego)