

INFORMACJA
**UDZIELONA PRZEZ OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O ŚWIADCZENIE PIELEGNACYJNE/
SPECJALNY ZASIŁEK OPIEKUŃCZY¹**

I.

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy²:

Imię i nazwisko

PESEL..... Stan cywilny.....

Obywatelstwo..... Telefon.....

Miejsce zamieszkania

Miejsce stałego zameldowania.....

II.

Dane osoby, nad którą sprawowana jest opieka:

Imię i nazwisko.....

Stopień pokrewieństwa.....

PESEL..... Stan cywilny.....

Obywatelstwo..... Telefon.....

Miejsce zamieszkania

Miejsce zameldowania

Ustalony stopień niepełnosprawności: (Nr orzeczenia i data ważności)

.....

Ustalony stopień niepełnosprawności małżonka:

.....

III.

Informacje o innych osobach, na których zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym ciąży obowiązek alimentacyjny wobec osoby podopiecznej :.....

(imię i nazwisko osoby wymagającej opieki)

1).....

Imię i nazwisko;

Data urodz.;

Stopień pokrewieństwa;

Adres zameldowania;

Adres zamieszkania;

Stan cywilny;

Liczba osób w rodzinie;

Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

Sytuacja zawodowa;

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Niepotrzebne skreślić.

2).....
Imię i nazwisko: Data urodz.: Stopień pokrewieństwa:
.....
Adres zameldowania: ,
.....
Adres zamieszkania:
.....
Stan cywilny: Liczba osób w rodzinie: Czy ma orzeczoną niepełnosprawność:
.....
Sytuacja zawodowa:

3).....
Imię i nazwisko: Data urodz.: Stopień pokrewieństwa:
.....
Adres zameldowania: ,
.....
Adres zamieszkania:
.....
Stan cywilny: Liczba osób w rodzinie: Czy ma orzeczoną niepełnosprawność:
.....
Sytuacja zawodowa:

4).....
Imię i nazwisko: Data urodz.: Stopień pokrewieństwa:
.....
Adres zameldowania: ,
.....
Adres zamieszkania:
.....
Stan cywilny: Liczba osób w rodzinie: Czy ma orzeczoną niepełnosprawność:
.....
Sytuacja zawodowa:

6. Czy Pani/Pan oraz osoby wymienione w części III, na których ciąży obowiązek alimentacyjny wobec zostały z tego obowiązku zwolnione orzeczeniem sądu ?
TAK/ NIE

IV.

DOTYCZY WNIOSKODAWCY

1. Czy Pan/Pani posiada ustalony stopień niepełnosprawności? Jeżeli tak to jaki?
.....

2. Czy ma Pan/Pani 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: TAK NIE

3. Czy Pan/Pani jest zatrudniony/a lub wykonuje inną pracę zarobkową: TAK NIE

Pod pojęciem "zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej", stosownie do art.3 pkt 22 ustawy o świadczeniach rodzinnych należy rozumieć 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.

4. Do kiedy oraz gdzie był/a Pan/Pani zatrudniony/a lub wykonywał/a inną pracę zarobkową

.....

5. Przyczyny niepodjęcia zatrudnienia; rezygnacji z zatrudnienia³:

.....

6. Czy Pan /Pani posiada status bezrobotnego lub poszukującego pracy?: TAK NIE

7. Czy Pan /Pani posiada gospodarstwo rolne; ubezpieczenie w KRUS, jaki jest tytuł prawny;

wielkość gospodarstwa: TAK NIE

.....

.....

8. Kto prowadzi gospodarstwo rolne; czy korzysta z pomocy innych osób? czy praca rolnika nie koliduje ze sprawowaniem opieki?;

.....

.....

9. Czy Pan/Pani zamieszkuje wspólnie z osobą wymagającą opieki? TAK NIE

Od kiedy jest sprawowana opieka ? Kto wcześniej tę opiekę sprawował ? Wymienić schorzenia podopiecznego. Czy podopieczna/y jest w stanie sam/a wykonać jakiejkolwiek czynności życiowe?

Czy jest osobą leżącą, pampersowaną? Czy zakres pomocy uniemożliwia podjęcie zatrudnienia?

Wymienić czynności wykonywane w ramach opieki i określić ilość godzin niezbędnych do wykonywania tych czynności.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³ Niepotrzebne skreślić.

11. Wnoszę o:

- ☐ ubezpieczenie społeczne
- ☐ ubezpieczenie zdrowotne

z tytułu otrzymywania świadczenia pielęgnacyjnego/specjalnego zasiłku opiekuńczego⁴, ponieważ nie jestem ubezpieczony/ubezpieczona z innego tytułu.

12. Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym niżej wymienionych osób⁵:

1.....
Imię i nazwisko; PESEL.; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

.....
Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

2.....
Imię i nazwisko; PESEL.; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

.....
Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

3.....
Imię i nazwisko; PESEL.; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

.....
Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

4.....
Imię i nazwisko; PESEL.; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

.....
Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

5.....
Imię i nazwisko; PESEL.; Stopień pokrewieństwa; Adres zamieszkania;

.....
Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

13. Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (jakiego?)

.....
.....

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

.....
Data i podpis osoby

*art.233 § 1 Kodeksu karnego – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

⁴ Niepotrzebne skreślić.

⁵ Wypełnić w przypadku, gdy nie ma ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Pouczenie

W okresie posiadania prawa do świadczenia pielęgnacyjnego / specjalnego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013r. poz.1442 z późn. zm.) cytuję:

„ Za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio:

1) świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych

2) zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów przez okres niezbędny do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego), z zastrzeżeniem art.87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz.1440, z późn.zm.)" zostanie opłacona składka na ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz na ubezpieczenie zdrowotne - art.66 ust.1 pkt.28a, art. 73 pkt.10, art. 75 ust.11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.z 2008r. Nr.164 poz.1027 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 73 pkt 10 cyt. ustawy obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego, do dnia utraty prawa do ich pobierania.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

W przypadku decyzji odmownej na w/w świadczenia wnioskodawca nie zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższym pouczeniem.

.....
(miejscowość, data i podpis osoby składającej oświadczenie)