# OŚWIADCZENIE

do uzyskania dodatkowego zasiłku opiekuńczego

**Instrukcja wypełniania**

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie.

**Dane wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość  *Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |
| --- |
|  |

Numer domu Numer lokalu

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Kod pocztowy Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

 *Podaj numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie*

Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane świadczenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam,** że sprawowałam/em osobistą opiekę nad:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

dzieckiem/dziećmi dorosłą osobą niepełnosprawną

w okresie (podaj daty):

|  |
| --- |
|  |

w związku z:

|  |
| --- |
|  |

zamknięciem z powodu COVID-19 placówki, do której uczęszcza dziecko (dzieci/podopieczny ) / niemożnością zapewnienia opieki dziecku (dzieciom/podopiecznemu) przez placówkę, z powodu czasowego ograniczenia funkcjonowania tej placówki

|  |
| --- |
|  |

niemożnością sprawowania opieki nad dzieckiem przez nianię lub dziennego opiekuna

 **Dane dziecka/ dzieci / podopiecznego** (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL):

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Czy dziecko / podopieczny legitymuje się: orzeczeniem o niepełnosprawności / o znacznym stopniu niepełnosprawności / o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności / o potrzebie kształcenia specjalnego:

|  |
| --- |
|  |

 Tak Nie

**Oświadczam,** że:

w okresie, za który ubiegam się o zasiłek opiekuńczy, jest drugi rodzic / współmałżonek, który może zapewnić opiekę dziecku/dzieciom

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Tak w dniach:

|  |
| --- |
|  |

 Nie

**drugi rodzic / współmałżonek:**

|  |
| --- |
|  |

 nie otrzymał dodatkowego zasiłku opiekuńczego

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 otrzymał dodatkowy zasiłek opiekuńczy za dni:

**Dane drugiego rodzica / małżonka** (imię, nazwisko, PESEL):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data

 *dd / mm / rrrr Czytelny podpis osoby, która składa wniosek*

# Informacja

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres sprawowania opieki nad dzieckiem w związku z zamknięciem z powodu COVID-19 żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola, szkoły lub innej placówki, do której dziecko uczęszcza albo w okresie niemożności sprawowania opieki nad dzieckiem przez nianię lub dziennego opiekuna, a także w okresie niezapewnienia opieki dziecku przez tę placówkę z powodu czasowego ograniczenia funkcjonowania tej placówki.

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługuje rodzicom lub opiekunom dzieci, którzy opiekują się:

* dzieckiem w wieku do lat 8,
* dzieckiem w wieku do lat 18 z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
* dzieckiem w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności,
* dzieckiem w wieku do 24 lat z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego.

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługuje także rodzicom lub opiekunom dorosłej osoby niepełnosprawnej w przypadku zamknięcia z powodu COVID-19 placówki, do której uczęszcza dorosła osoba niepełnosprawna, tj.: szkoły, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, ośrodka wsparcia, warsztatu terapii zajęciowej, innej placówki pobytu dziennego o podobnym charakterze.

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeśli nie ma drugiego rodzica / współmałżonka, który może zapewnić opiekę dziecku / osobie niepełnosprawnej.

W przypadku podania w oświadczeniu nieprawdziwych danych lub wprowadzenia w błąd podmiotu wypłacającego zasiłek, wypłacony zasiłek zostanie uznany za świadczenie pobrane nienależnie, które podlega zwrotowi.