Załącznik nr 3

do Komunikatu Rektora Nr 9/2020  
z dnia 9 listopada 2020 roku

# OŚWIADCZENIE

o sprawowaniu opieki nad dzieckiem lub członkiem rodziny, poddanych obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w celu uzyskania 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

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

**Dane osoby pod opieką, która odbywa obowiązkową kwarantannę lub izolację domową**

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

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość

*Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

**Dane dotyczące obowiązkowej kwarantanny lub izolacji domowej**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Kwarantanna Izolacja domowa**

Data rozpoczęcia i zakończenia

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

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

od do

*dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr*

**Oświadczam,** że dane podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli zmienią się, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

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

Data

*dd / mm / rrrr czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie*

# Informacja

Jeśli chcesz otrzymać zasiłek opiekuńczy, złóż wniosek na formularzu:

* Z-15A – jeśli sprawujesz opiekę nad dzieckiem
* Z-15B – jeśli sprawujesz opiekę nad innym niż dziecko chorym członkiem rodziny.

i dołącz do niego wypełnione *Oświadczenie.*