|  |  |
| --- | --- |
| **MIASTO I GMINA**  **SKALBMIERZ** | **KARTA USŁUG NR 7**  **Specjalny zasiłek opiekuńczy** |
| *Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej* |
| **Podstawa prawna:** | 1. [Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz.1952, z późn. zm.)](http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Departament%20Swiadczen%20Rodzinnych/prawo%20swiadczenia%20rodzinne/13.09.13%20wprowadzono%20-%20Swiadczenia%20rodzinne%20zmiana%20z%2026.07.13.rtf) 2. [Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 3 stycznia 2013 roku w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o świadczenia rodzinne (Dz. U. z 2015 r., poz. 2284)](http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/r.karlikowska/rozp_w%20sprawie_sposobu_i_trybu_o%20sw_rodz.pdf) 3. [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2018r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokość świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna (Dz. U. z 2018 r., poz. 1497)](http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/r.karlikowska/Rozporz_Rady_%20Ministrow.pdf)   Kodeks Postępowania Administracyjnego ( tekst jednolity : Dz. U. z 2017r, poz. 1257). |
| **Wykaz potrzebnych**  **dokumentów:** | Wniosek o ustalenie prawa specjalnego zasiłku opiekuńczego, oraz:  - uwierzytelniająca kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby ubiegającej się oraz osoby wymagającej opieki,  - zaświadczenia lub oświadczenia stwierdzające wysokość dochodu rodziny osoby ubiegającej się o zasiłek oraz rodziny osoby wymagającej opieki (tak jak do zasiłku rodzinnego),  - orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności osoby wymagającej opieki,  - dokument potwierdzający datę rezygnacji z zatrudnienia osoby ubiegającej się o zasiłek oraz dokumenty potwierdzające ogólny staż pracy,  **W przypadku, gdy okoliczności sprawy mające wpływ na prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego wymagają potwierdzenia innym dokumentem niż wymienione powyżej, podmiot realizujący świadczenie może domagać się takiego dokumentu.** |
| **Opłaty:** | brak |
| **Miejsce wykonania**  **usługi:** | Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Skalbmierzu, ul. PL.M.C. Skłodowskiej 23, tel., 413529015  Godziny pracy : poniedziałek – piątek 7:15 – 15:15 |
| **Czas realizacji usługi:** | Wydanie decyzji w ciągu 30 dni |
| **Tryb odwoławczy:** | Samorządowe Kolegium Odwoławcze w Kielcach za pośrednictwem Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy w terminie 14 dni od daty otrzymania decyzji |
| **Uwagi dodatkowe:** | Wniosek należy złożyć bezpośrednio w siedzibie Ośrodka |
| **Miejsce na notatki** |  |
| Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Pl. M. C. Skłodowskiej 23 28-530 Skalbmierz  Tel : 413529015  [mgops\_skalbmierz@op.pl](mailto:mgops_skalbmierz@op.pl)  [**www.mgopsskalbmierz.naszops.pl**](http://www.mgopsskalbmierz.naszops.pl) | |
|  | |