

WNIOSEK O ZASIŁEK OPIEKUŃCZY Z POWODU SPRAWOWANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli jesteś rodzicem i ubiegasz się o wypłatę zasiłku opiekuńczego z powodu sprawowania opieki nad:

- zdrowym dzieckiem do 8 lat,
- chorym dzieckiem.

Wypełnij ten wniosek również, jeżeli jesteś rodzicem lub członkiem rodziny dziecka i ubiegasz się o wypłatę dodatkowego zasiłku opiekuńczego z powodu sprawowania opieki nad:

- dzieckiem nowonarodzonym w okresie do 8 tygodni po porodzie, jeżeli ubezpieczona matka dziecka przebywa w szpitalu/ porzuciła dziecko/ posiada orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji/ niepełnosprawności w stopniu znacznym.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie
5. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją
6. Jeżeli ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy nad dzieckiem nowonarodzonym w okresie do 8 tygodni po porodzie, we wniosku podaj okres oraz wypełnij tylko dane dziecka i swoje oraz punkt 1 w sekcji *Oświadczam, że*
7. Wypełniając punkt 4 w sekcji *Oświadczam, że* oraz punkt 2 w sekcjach: *Dane drugiego rodzica dziecka (matka lub ojciec dziecka)*, *Dane Twojego małżonka* oraz *Dane innego członka rodziny* do liczby dni, z powodu sprawowania opieki nad dziećmi do lat 14, nie wliczaj dodatkowego zasiłku, w wymiarze do 56 dni z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem nowonarodzonym, w okresie do 8 tygodni po porodzie.

Okres, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy

Podaj datę lub daty (od–do), w których będziesz sprawował opiekę

Zwolnienie lekarskie

Wypełnij, jeżeli lekarz wystawił Ci zwolnienie lekarskie elektronicznie (e-ZLA)

Podaj datę lub daty (od–do), oraz jeżeli znasz – serię i numer zwolnienia lekarskiego

Dane dziecka, nad którym sprawujesz opiekę

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
pówtwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia dziecka

dd / mm / rrrr

Twoje dane

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Oświadczam, że

1. Jest domownik mogący zapewnić opiekę dziecku w okresie, za który ubiegam się o zasiłek opiekuńczy

TAK

NIE

Jeżeli TAK, podaj, w jakich dniach inny domownik może sprawować opiekę

2. Jeżeli zasiłek będzie wypłacał Ci ZUS, to podaj, czy jesteś zatrudniony w systemie pracy zmianowej

TAK

NIE

Jeżeli TAK, podaj godziny pracy w okresie, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy

3. Jeżeli ubiegasz się o zasiłek z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem powyżej 14 lat, to podaj czy pozostajesz z nim we wspólnym gospodarstwie domowym w okresie sprawowania opieki

TAK

NIE

4. Jeżeli w danym roku kalendarzowym zmieniłeś płatnika składek, to podaj czy od poprzedniego płatnika otrzymałeś zasiłek opiekuńczy:

TAK

NIE

Jeżeli TAK, to podaj liczbę dni:

- z powodu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za dni,
- z powodu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni.

Dane drugiego rodzica dziecka (matki lub ojca dziecka)

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu

Imię

Nazwisko

1. Czy rodzic dziecka pracuje TAK NIE Jeżeli **TAK**, to czy jest to praca w systemie zmianowym TAK NIE

Jeżeli pracuje w systemie pracy zmianowej, podaj godziny pracy w okresie sprawowania opieki

2. Czy w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy: TAK NIE

*Jeżeli **TAK**, to podaj liczbę dni:*

- z powodu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za dni,
- z powodu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni.

Dane Twojego małżonka

Podaj dane małżonka, jeżeli nie jest on rodzicem dziecka

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu

Imię

Nazwisko

1. Czy małżonek pracuje TAK NIE Jeżeli **TAK**, to czy jest to praca w systemie zmianowym TAK NIE

Jeżeli pracuje w systemie pracy zmianowej, podaj godziny pracy w okresie sprawowania opieki

2. Czy w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy: TAK NIE

*Jeżeli **TAK**, to podaj liczbę dni:*

- z powodu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za dni,
- z powodu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni.

Dane innego członka rodziny

1. Czy inny członek rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem, na które wnioskujesz o zasiłek opiekuńczy: TAK NIE

Jeżeli **TAK**, podaj jego dane oraz liczbę dni zasiłku opiekuńczego:

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu

Imię

Nazwisko

otrzymał zasiłek opiekuńczy za dni.

2. Czy inny członek rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad innymi dziećmi, niż to, na które wnioskujesz o zasiłek lub innym członkiem Twojej rodziny: TAK NIE

Jeżeli **TAK**, podaj jego dane oraz liczbę dni zasiłku opiekuńczego:

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu

Imię

Nazwisko

Liczba dni zasiłku opiekuńczego pobranego przez innego członka z powodu:

- opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za dni,
- opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni.

Opieka była sprawowana przez nad
(podaj stopień pokrewieństwa tych osób w stosunku do Ciebie)

Uwagi:

Zasiłek proszę przekazać na rachunek bankowy

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

Data
dd / mm / rrrr

Czytelny podpis