

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 date lub daty (od–do), w których będziesz sprat	wował opieke					
	nomal opionę					
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 o	piekę					
Numer PESEL						
Rodzaj, seria i numer dokumentu						
potwierdzającego tożsamość	L 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						
	lmię							
	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						
Oś	wiadczam, że							
1.	Jest domownik mogący zapewnić opiekę dz o zasiłek opiekuńczy	ziecku w okresie, za który ubiegam się TAK NIE						
2.	Jeżeli TAK , podaj, w jakich dniach inny domowni Jeżeli zasiłek będzie wypłacał Ci ZUS, to po							
	w systemie pracy zmianowej Jeżeli TAK, podaj godziny pracy w okresie, za kt							
3.								
4.	. Jeżeli w danym roku kalendarzowym zmieniłeś płatnika składek, to podaj czy od poprzedniego płatnika otrzymałeś zasiłek opiekuńczy:							
	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.							

Da	ne drugiego rodzica dziecka (matki lul	o ojca	dzie	cka))												
	Numer PESEL			Τ													
	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				AK , to				aca			TAK			NIE
	Jeżeli pracuje w systemie pracy zmianowej, poda	j godzin	y prac	y w o	kresie	spra	wowa	nia o _l	pieki	i							
2.	Czy w danym roku kalendarzowym otrzymał Jeżeli TAK , to podaj liczbę dni:	zasiłel	k opie	kuńc	czy:									TAK] 1	NIE
	• z powodu opieki nad dziećmi w wieku do	14 lat z	:а		d	ni,											
	• z powodu opieki nad chorymi dziećmi w w	vieku po	owyże	j 14	lat lul	cha	orym	człon	nkier	n ro	dziny	za .		dr	ni.		
	ne Twojego małżonka łaj dane małżonka, jeżeli nie jest on rodzicem dziec	-ka															
, 00	Numer PESEL			Τ													
	Rodzaj, seria i numer dokumentu																
	potwierdzającego tożsamość	Jeśli ni	ie ma r	nadai	nego I	PESE	L, po	daj se	erię i	num	er do	kumei	ntu				
	Imię																
	Nazwisko																
1.	Czy małżonek pracuje TAK	NIE	Ε		żeli T syster					aca			TAK			NIE	
	Jeżeli pracuje w systemie pracy zmianowej, poda	j godzin	y prac	y w o	kresie	spra	wowa	nia o	pieki	i							
2.	Czy w danym roku kalendarzowym otrzymał Jeżeli TAK , to podaj liczbę dni:	zasiłel	k opie	kuńo	czy:								TAK			NIE	
	• z powodu opieki nad dziećmi w wieku do	14 lat z	:a		d	ni,											
	• z powodu opieki nad chorymi dziećmi w w	vieku po	owyże	j 14	lat lul	chc	orym	człor	nkier	m ro	dziny	za .		dr	ni.		
Da	ne innego członka rodziny																
1.	Czy inny członek rodziny w danym roku kale z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem,											Τ	AK			NIE	

	Jeżeli TAK , podaj jego dane oraz liczbę dni zasiłk	ku opiekuńczego:							
	Numer PESEL								
	Rodzaj, seria i numer dokumentu								
	potwierdzającego tożsamość	Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu							
	Imię								
	Nazwisko								
		L							
	otrzymał zasiłek opiekuńczy za d								
2.	Czy inny członek rodziny w danym roku kale z powodu sprawowania opieki nad innymi d: o zasiłek lub innym członkiem Twojej rodzin; Jeżeli TAK, podaj jego dane oraz liczbę dni zasiłk	ziećmi, niż to, na które wnioskujesz y:							
	Numer PESEL								
	Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość								
	potwieruzującego tozsumose	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 powy	rżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni.							
	Opieka była sprawowana przez(podaj stopie	nad ń pokrewieństwa tych osób w stosunku do Ciebie)							
Uw	vagi:								
Zas	Zasiłek proszę przekazać na rachunek bankowy								
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie,									
ZOI	zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.								
[Data Data								
	dd / mm / rrrr	Czytelny podpis							