WNIOSEK O ZASIŁEK OPIEKUŃCZY

\sim	_	c	\sim	ı

	ZĘSC I: ANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO																															
01 Numer DEG	YFIKA	CYJNE	UBEZ	ZPIEC	CZON	NEGO)																									
or. Numer PE	umer PESEL (1) 02. Rodzaj dokumentu 03. Seria i numer dokumentu tożsamości: jeśli dowód																- I															
										ści: je: wpisa																						
04. Nazwisko								pasz				, , , , ,																_				
05. Imię pierws	sze		•	<u>'</u>																06.	Data	ur	odze	nia	(do	d/mn	n/rrri	r)				
																						Π										
(1) Należy wpi	sać nur	ner Pl	ESEL, a	a jeże	eli nie	e nac	dano	tego	nun	neru, r	nale	ży w	/pisa	ć ser	ię i ı	numei	do	wodi	ı os	obis	ego	alb	o inr	neg	o do	okur	nent	u po	twie	erdza	jąceg	go
 Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. 																																
	ANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA																															
DANE ADRES		IBEZP		NEGC Pocz		ADR	ES Z	AMIE	SZK	ANIA																						
01. Rod poczto	, vv y	\Box	02.	1 002		Т				П									_	Т	Т	Т	Т	Т			Π	Т	Т	\neg		
- L	-1	Ш			<u> </u>					ш																						
03. Gmina/Dzie	einica	П		T	Т	Т							I							Т	Т	٦										
04. Miejscowos	SC	1 1		T	Т	Г								ı			_			Т		7										
шш		Ш			<u> </u>		Ш			Ш																						
05. Ulica				T		П							I	ı							1		7	T			1					
06. Numer don	าน			07.	Num	er Io	kalu						1.80	lume	er te	efonu	(1)						7			09.	Sym	bol	pań	stwa	(2)(3))
						L																										
10. Zagraniczn	y kod p	oczto	wy (2)					ı	11. [Nazwa	pa	ństw	/a (2)									_					_	_			٦
										Ш													\perp									
12. Adres pocz	ty elekt	ronicz	nej (1)																		,	_	_	_			7					
(1) Podanie nu									j nie	jest o	bow	/iązk	owe.																			
(2) Wypełnić w				es jes	st Inr	าง ทเว	^z nois	KI .																								
(3) Podanie sy	mbolu													c																		
		paristv	va nie je	est ko					iosel	k jest z	zgła	szar	ny w	formi	ie pa	piero	wej.															
Z tvtułu sprawo	owania			est ko					iosel	k jest z	zgła	szar	ny w	formi	ie pa	ipiero	wej.															
Z tytułu sprawo		opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	li wn		•									OPI	EKA												
Z tytułu sprawo DANE IDENT 01. Numer PES	YFIKA	opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel KA R	ODZ	ZINY, Rodz	NAD aj dok	KT	ÓR \	′M S				JE	ST			umei	ntu										
DANE IDENT	YFIKA	opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel KA R	ODZ 02. F	ZINY, Rodz amo	NAD zaj dok ści: je:	KT kum	ÓRY entu	/M S			VANA	JE	ST			umei	ntu										
DANE IDENT	YFIKA	opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	ODZ 02. F tożsi osob	ZINY, Rodz amo pisty,	NAD aj dok	KT kum śli d	ÖRN entu lowó , jeś	/M S			VANA	JE	ST			umei	ntu	T									
DANE IDENT	YFIKA	opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	ODZ 02. F tożsi osob	ZINY, Rodz amo pisty,	NAD zaj dok ści: je: wpisa	KT kum śli d	ÖRN entu lowó , jeś	/M S			VANA	JE	ST			umei	ntu										
DANE IDENT	YFIKA	opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	ODZ 02. F tożsi osob	ZINY, Rodz amo pisty,	NAD zaj dok ści: je: wpisa	KT kum śli d	ÖRN entu lowó , jeś	/M S			VANA	JE	ST			umer	ntu										
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko	YFIKA	opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	ODZ 02. F tożsi osob	ZINY, Rodz amo pisty,	NAD zaj dok ści: je: wpisa	KT kum śli d	ÖRN entu lowó , jeś	/M S			VANA	JE	ST			umei	ntu	T T									
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko	YFIKAO SEL (1)	Opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	ODZ 02. F tożsi osob	ZINY, Rodz amo pisty,	NAD zaj dok ści: je: wpisa	KT kum śli d	ÖRN entu lowó , jeś	/M S			VANA	JE	ST i nu	mer	dok	umer		nia	dzie	ecka	a (do	l/mm		··)			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię	YFIKAO SEL (1)	Opiek	i nad:		onied	zne,	jeżel	ODZ 02. F tożsi osob	ZINY, Rodz amo pisty,	NAD zaj dok ści: je: wpisa	KT kum śli d	ÖRN entu lowó , jeś	/M S			VANA	JE	ST i nu	mer	dok			nia (dzie	ecka	a (do	l/mm))))	·)			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię	YFIKA(opiek CYJNE	ki nad:	CKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. Florida (ODZ)	Rodziny, Rodzamo amo dok	NAD raj dok ści: je: wpisa ument	KT Kum Sśli d Sáli d Si – 2	entu lowó , jeś	YM S	PRA	wo	WANA 03. S	A JE	i nu	mer 07.	Data	ı uro	dze	\mathbf{I}							erdza	jąceg	90
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po	YFIKA(SEL (1)	opiek CYJNE	ki nad:	CKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. Florida (ODZ)	Rodziny, Rodzamo amo dok	NAD raj dok ści: je: wpisa ument	KT Kum Sśli d Sáli d Si – 2	entu lowó , jeś	YM S	PRA	wo	WANA 03. S	A JE	i nu	mer 07.	Data	ı uro	dze	\mathbf{I}							erdza	jąceg	go
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi	YFIKA(SEL (1)	opiek CYJNE	ki nad:	CKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. Florida (ODZ)	Rodziny, Rodzamo amo dok	NAD raj dok ści: je: wpisa ument	KT Kum Sśli d Sáli d Si – 2	entu lowó , jeś	YM S	PRA	wo	WANA 03. S	A JE	i nu	mer 07.	Data	ı uro	dze	\mathbf{I}							erdza	iąceg	go
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi	YFIKA(SEL (1)	opiek	i nad: E DZIE	CCKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. Florida (ODZ)	Rodz amo obisty, dok	NAD	KT kum śśli d ać 1 : – 2	entu lowó, jeś	r/M S	PRA	wo	WANA 03. S	A JE eria	i nu	mer 07.	Data	ı uro	dze	\mathbf{I}							erdza	jąceg	go
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość	YFIKA(SEL (1)	opiek	i nad: E DZIE	CCKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. If tożsiosobi inny	Rodziamo amo obisty, dok	NAD raj dok ści: je: wpisa ument	KT kum śśli d ać 1 : – 2	entu lowó, jeś	r/M S	PRA	wo	WANA 03. S	A JE eria	i nu	mer 07.	Data	ı uro	dze	\mathbf{I}							erdza	jąceg	go
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi	YFIKA(SEL (1)	opiek	i nad: E DZIE	CCKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. Florida (ODZ)	Rodziamo amo obisty, dok	NAD	KT kum śśli d ać 1 : – 2	entu lowó, jeś	r/M S	PRA	wo	WANA 03. S	· do	i nu	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie		ijąceg	
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość	YFIKA(SEL (1)	opiek	i nad: E DZIE	CCKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. If tożsiosobi inny	Rodziamo amo obisty, dok	NAD	KT kum śśli d ać 1 : – 2	entu lowó, jeś	r/M S	PRA	wo	WANA 03. S	· do	i nu	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość	YFIKA(SEL (1)	opiek	i nad: E DZIE	CCKA	/ CZI	LONE	jeżel	ODZ. If tożsiosobi inny	Rodziamo amo obisty, dok	NAD	KT kum śśli d ać 1 : – 2	entu lowó, jeś	r/M S	PRA	wo	WANA 03. S	· do	i nu	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość	YFIKA(SEL (1) SEL (1) SEL (1) Data o	opieki op	ESEL, a		/ CZI	ŁONI	KA R	ODZ. If White States of the Control	Rodziamo, dok	NAD	KT kum śśli d ać 1 : – 2	entu lowó, jeś	r/M S	PRA	wo	WANA 03. S	· do	i nu	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość za okres od: CZĘŚĆ II: Oświadczam	YFIKAGEL (1) SEL (1) krewier sać nur Data o	opieki op	isi nad: E DZIE SESEL, a	para jeże	/ CZI	ŁONH aściwa aściwa	KA R	ODZ. Florida (CODZ) (CO	Rodz amo dok dok	NAD Na	KT Kum śśli d ać 1 : – 2	entu. lowóć , jeś ży w	/M S	PRA	wo	MANA 03. S	Jeria dov	i nu i nu wodi	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość za okres od:	YFIKAGEL (1) SEL (1) krewier sać nur Data o	opieki op	isi nad: E DZIE SESEL, a	para jeże	/ CZI	ŁONH aściwa aściwa	KA R	ODZ. Florida (CODZ) (CO	Rodz amo dok dok	NAD	KT Kum śśli d ać 1 : – 2	entu. lowóć , jeś ży w	/M S	PRA	wo	MANA 03. S	Jeria dov	i nu i nu wodi	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość za okres od: CZĘŚĆ II: Oświadczam	YFIKAGEL (1) SEL (1) krewier sać nur Data o	opieki op	isi nad: E DZIE SESEL, a	para jeże	/ CZI	ŁONH aściwa aściwa	KA R	ODZ. Florida (CODZ) (CO	Rodz amo dok dok	NAD Na	KT Kum śśli d ać 1 : – 2	entu. lowóć , jeś ży w	/M S	PRA	wo	MANA 03. S	Jeria dov	i nu i nu wodi	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość za okres od: CZĘŚĆ II: Oświadczam	YFIKAGEL (1) SEL (1) krewier sać nur Data o	opieki op	isi nad: E DZIE SESEL, a	para jeże	/ CZI	ŁONH aściwa aściwa	KA R	ODZ. Florida (CODZ) (CO	Rodz amo dok dok	NAD Na	KT Kum śśli d ać 1 : – 2	entu. lowóć , jeś ży w	/M S	PRA	wo	MANA 03. S	Jeria dov	i nu i nu wodi	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień po (1) Należy wpi tożsamość za okres od: CZĘŚĆ II: Oświadczam	YFIKAGEL (1) SEL (1) krewier sać nur Data o	opieki op	isi nad: E DZIE SESEL, a	para jeże	/ CZI	ŁONH aściwa aściwa	KA R	ODZ. Florida (CODZ) (CO	Rodz amo dok dok	NAD Na	KT Kum śśli d ać 1 : – 2	entu. lowóć , jeś ży w	/M S	PRA	wo	MANA 03. S	Jeria dov	i nu i nu wodi	07.	Data	ı uroc	dze	o inr	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień pol (1) Należy wpi tożsamość za okres od: CZĘŚĆ II: Oświadczam 1. Jes	PFIKAC SEL (1) SEL (1) Security Security Securit	opieki op	mm/rrrr	naczy	/ CZI	aściw lomo	KA R	ODZ. Florida do do:	Rodzie nun Date in	NAD Adata do de	KT Kumméśli dać 1 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :-	ży w	zap	PRA	wo	MANA 03. S	· dov	woods woods	oor.	Data	ego er z	alb	o inn	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			
DANE IDENT 01. Numer PES 04. Nazwisko 05. Imię 06. Stopień pol (1) Należy wpi tożsamość za okres od: CZĘŚĆ II: Oświadczam 1. Jes	YFIKAGEL (1) SEL (1) krewier sać nur Data o	opieki op	mm/rrrr	naczy	/ CZI	aściw lomo	KA R	ODZ. Florida do do:	Rodzie nun Date in	NAD Na	KT Kumméśli dać 1 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :- 2 :-	ży w	zap	PRA	wo	MANA 03. S	· dov	woods woods	oor.	Data	ego er z	alb	o inn	neg	o do	okun	nent	u po	otwie			

ZUS Z-15

Matka/ojciec dziecka małżonek/małżonka:														
1) pracuje nie pracuje														
2) jeśli pracuje to, czy wykonuje pracę w systemie pracy zmianowej: TAK NIE														
Jeżeli TAK, podać w jakich godzinach:														
4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego TAK NIE ubezpieczenia: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat) z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za dni z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni														
NAZWA I ADRES POPRZEDNIEGO PŁATNIKA SKŁADEK: Nazwa płatnika składek:														
Nazwa piatrika shadek.														
Kod pocztowy: Poczta: Gmina/Dzielnica:														
Miejscowość:														
Ulica:														
Numer domu: Numer lokalu: Symbol państwa: (1)(2)														
Zagraniczny kod pocztowy: (1) Nazwa państwa: (1)														
(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski. (2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.														
5. W danym roku kalendarzowym: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat) matka dziecka ojciec dziecka małżonek/małżonka														
DANE WYMIENIONEJ OSOBY: Numer PESEL: (1) Seria i numer dokumentu:														
Nazwisko: Rodzaj dokumentu Seria i numer dokumentu: tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2														
lmię:														
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.														
pobrał(a) zasiłek opiekuńczy: TAK NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)														
z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za dni														
z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni														

NAZWA I ADRES PŁATNIK Nazwa płatnika składek:	A SKŁADEK WYMIEI	NIONEJ OSOBY:							
Kod pocztowy: F	oczta:								
Gmina/Dzielnica:									
Miejscowość:									
Ulica:									
Numer domu:	Numer lokalu:		Symbol pa	aństwa: (1) (2	2)				
Zagraniczny kod pocztowy: (1)		Nazwa państwa: (1)							
(1) Wypełnić w przypadku, gdy a(2) Podanie symbolu państwa nie		niosek iest załaszany w	formie pai	oierowei.					
(2) i dadino dymbola pandina in	9,000,000,000,000,000,000,000	nocon joor Lgracianij n							
6. W danym roku kalendarz	owym inny członek ro	odziny:							
DANE CZŁONKA RODZINY: 01. Numer PESEL: (1)				03. Seria i nu	mer dokum	entu:			
OI. Numer PLSLE. (1)	tożs	Rodzaj dokumentu samości: jeśli dowód bisty, wpisać 1, jeśli		Jo. Seria i riu	Iner dokum	lentu.			
04. Nazwisko:		y dokument – 2		,					
05. Imię:									
(1) Należy wpisać numer PESEI tożsamość.			 ać serię i n	umer dowod	u osobisteg	o albo inne	go dokument	u potwierdz	 ającego
pobrał zasiłek opiekuńczy:	TAK	NIE (n	ależy zazn	aczyć właści	wy kwadra	t)			
	dzieckiem w wieku o		-	-	,	•			
	chorym członkiem ro								
NAZWA I ADRES PŁATNIK Nazwa płatnika składek:	A SKŁADEK INNEGO	O CZŁONKA RODZI	INY:						
Kod pocztowy:	Poczta:								
Gmina/Dzielnica:									
Miejscowość:									
Ulica:									
Numer domu:			Symbol pa						
Zagraniczny kod pocztowy: (1)		Nazwa państwa: (1)							
(1) Wypełnić w przypadku, gdy a(2) Podanie symbolu państwa nie		niosek jest zgłaszany w	formie pa	oierowej.					

	Po	ozc	sta	aję				٨	lie	poz	zos	taj	ę١	иe	ws	spć	ilny	/m	gc	osp	od	lars	stw	ie c	don	nov	vyr	n z	z w	ym	ien	ion	ym	wy:	żej	dzi	eck	iem	1				
w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny.																																											
roszę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr:																																											
gi:																																											
																										٠.											• •						
					٠.					٠.			٠.	٠.	٠.								٠.			٠.	٠.	٠.									٠.					٠.	
					(N	/liej	SCO	WO:	ść)														(D	ata:	: dd	/mr	n/rr	rr)							(Po	dpis	ub	ezpie	eczo	oneg	(0)		
		w wiek zę o w	w wieku p	w wieku pow zę o wypłatę	zę o wypłatę za	w wieku powyżej 1 zę o wypłatę zasiłk gi:	w wieku powyżej 14 l. zę o wypłatę zasiłku o	w wieku powyżej 14 lat l zę o wypłatę zasiłku opi	w wieku powyżej 14 lat lub zę o wypłatę zasiłku opieki gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z i zę o wypłatę zasiłku opiekuńo	w wieku powyżej 14 lat lub z inny zę o wypłatę zasiłku opiekuńcze	w wieku powyżej 14 lat lub z innym zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego	w wieku powyżej 14 lat lub z innym ch zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chory zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na ra gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachu gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym cz zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachune gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym człor zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkie zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bar	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek banko	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rozego wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowgi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodz zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy n	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:	w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny. zę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr: gi:

POUCZENIE

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2014 r. poz. 159 ze zm.).

Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobie podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat, chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat oraz innym członkiem rodziny. Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, pod warunkiem, że w okresie sprawowania opieki pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym.

Zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny przysługuje łącznie przez okres do 60 dni w roku kalendarzowym. Z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny, w tym chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres 14 dni w roku kalendarzowym. Jest to wymiar przysługujący bez względu na liczbę dzieci oraz niezależny od liczby innych członków rodziny wymagających opieki, jak również od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego.

W przypadku, gdy ubezpieczona matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, przebywa w szpitalu albo w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo legitymuje się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji i stan zdrowia uniemożliwia jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, albo porzuciła dziecko, ubezpieczonemu ojcu dziecka przysługuje dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem, w wymiarze do 8 tygodni, tj. 56 dni, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 8 tygodnia życia. Wymiar zasiłku opiekuńczego w takim przypadku nie jest związany z rokiem kalendarzowym i jest niezależny od wymiaru określonego wyżej (60 i 14 dni). Przepis ten ma zastosowanie także do innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje pod warunkiem, że nie ma innych domowników mogących zapewnić opiekę dziecku lub innemu choremu członkowi rodziny. Warunek ten nie dotyczy opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 2 lat (w takim przypadku punkt 1 wniosku nie musi być wypełniony).

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje:

- w okresie urlopu bezpłatnego lub urlopu wychowawczego,
- w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- za okres objęty zaświadczeniem lekarskim, w przypadku wykonywania w czasie zwolnienia lekarskiego pracy zarobkowej albo wykorzystywania zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z celem tego zwolnienia,
- za okres, w którym zaświadczenie lekarskie straciło ważność wskutek kontroli prawidłowości orzekania i wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Uwaga:

Wniosek o zasiłek opiekuńczy należy złożyć płatnikowi zasiłku przy każdorazowym ubieganiu się o zasiłek opiekuńczy, z wyjątkiem nieprzerwanych okresów sprawowania opieki nad tym samym dzieckiem lub członkiem rodziny.

Ubezpieczony jest zobowiązany poinformować płatnika zasiłku o okolicznościach, które uległy zmianie w stosunku do podanych we wniosku o zasiłek opiekuńczy.

Jeżeli płatnikiem zasiłku jest ZUS i podstawą do ustalenia uprawnień do zasiłu opiekuńczego za nieprzerwany okres sprawowania opieki nad tym samym chorym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny jest zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego e-ZLA, ubezpieczony składając wniosek o zasiłek opiekuńczy wypełnia tylko Część I wniosku.

^[1] Wypełnić w przypadku zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym dzieckiem lub chorym innym członkiem rodziny, gdy podstawą do ustalenia uprawnień do zasiłku jest zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego e-ZLA.

^[2] Wypełnia tylko osoba, której zasiłek opiekuńczy wypłaca ZUS.