

## WNIOSEK O ZASIŁEK OPIEKUŃCZY Z POWODU SPRAWOWANIA OPIEKI NAD CHORYM CZŁONKIEM RODZINY

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli ubiegasz się o wypłatę zasiłku opiekuńczego z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny innym niż dziecko.

Za członka rodziny uważa się: rodzica dziecka, małżonka, rodziców, ojczyrna, macochę, rodziców adopcyjnych, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo.

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. Wypełniając punkt 3 w sekcji „Oświadczam, że” oraz punkt 2 w sekcji „Dane Twojego małżonka” do liczby dni, z powodu sprawowania opieki nad dziećmi do lat 14, nie wliczaj dodatkowego zasiłku opiekuńczego, 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 osoby, nad którą sprawujesz opiekę

Numer PESEL	<div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
	Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu
Imię	
Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Data urodzenia	<div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small; margin-top: 2px;"> <span>dd</span><span>/</span><span>mm</span><span>/</span><span>rrrr</span> </div>

**Dane wnioskodawcy**

Numer PESEL	<input type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/> <i>Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i>		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/> <i>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</i>		
Numer telefonu	<input type="text"/> <i>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</i>		

**Oświadczam, że**

1. Jest domownik mogący zapewnić opiekę nad chorym członkiem rodziny w okresie, za który ubiegam się o zasiłek opiekuńczy ☐ TAK ☐ NIE
- 
- Jeżeli **TAK**, podaj, w jakich dniach inny domownik może sprawować opiekę*
2. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z chorym członkiem rodziny w okresie sprawowania opieki ☐ TAK ☐ NIE
3. 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 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.

## Dane Twojego małżonka

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
*Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

1. Czy małżonek pracuje ☐ TAK ☐ NIE

2. Czy w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy: ☐ TAK ☐ NIE  
*Jeżeli **TAK**, to podaj liczbę dni:*

☐ 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.

## Dane innego członka rodziny

*Jeżeli zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymała inna osoba poza Tobą lub Twoim małżonkiem, podaj jej dane*

Czy inny członek rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek z tytułu sprawowania opieki nad osobą, na którą wnioskujesz o zasiłek opiekuńczy ☐ TAK ☐ NIE

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

### 1. Dane innego członka rodziny:

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
*Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

otrzymał zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny za ..... dni.

### 2. Dane innego członka rodziny:

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
*Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

otrzymał zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny za ..... dni.

**Uwagi:**

--

**Zasilek proszę przekazać na rachunek bankowy**

[illegible]

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

## Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Czytelny podpis