

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.

Członkami rodziny są: rodzic dziecka, mąż, żona, rodzice, ojczym, macocha, rodzice adopcyjni, teściowie, dziadkowie, 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 pkt 3 sekcji *Oświadczam, że* oraz pkt 2 sekcji *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 nowo narodzonym, 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

Twoje dane

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie masz nadanego PESEL									
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
Numer domu	<input style="width: 100%;" type="text"/>				Numer lokalu	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Kod pocztowy	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
Miejscowość	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski									
Numer telefonu	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie									

Okres, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy

Podaj datę lub daty (od–do), w których będziesz sprawował opiekę oraz jeśli otrzymałeś zwolnienie lekarskie w formie dokumentu elektronicznego e-ZLA serię i numer tego zwolnienia (jeśli pamiętasz)

Dane osoby, nad którą sprawujesz opiekę

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>

Oświadczam, że

1. Jest domownik, który może 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 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:
- ☐ opieki nad dziećmi do lat 8, w tym dziećmi niepełnosprawnymi, chorymi dziećmi do lat 14, w tym dziećmi niepełnosprawnymi za dni
- ☐ opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni
- ☐ opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 8 do 18 lat z powodu choroby, porodu, pobytu w szpitalu rodzica dziecka stale się nim opiekującego, opieki nad chorymi dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 14 do 18 lat za dni

Dane Twojego małżonka

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

1. Czy małżonek pracuje ☐ TAK ☐ NIE

2. Czy w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli TAK, to podaj liczbę dni:

☐

opieki nad dziećmi do lat 8, w tym dziećmi niepełnosprawnymi, chorymi dziećmi do lat 14, w tym dziećmi niepełnosprawnymi za dni

☐

opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za dni

☐

opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 8 do 18 lat z powodu choroby, porodu, pobytu w szpitalu rodzica dziecka stale się nim opiekującego, opieki nad chorymi dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 14 do 18 lat za dni

Dane innego członka rodziny

1. Jeśli inny członek rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad osobą, na którą wnioskujesz o zasiłek, podaj jego dane oraz liczbę dni wykorzystanego przez niego zasiłku opiekuńczego

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL

Imię

Nazwisko

otrzymał zasiłek opiekuńczy za dni

2. Jeśli inny członek rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad dziećmi lub innymi członkami Twojej rodziny, podaj jego dane oraz liczbę wykorzystanego przez niego zasiłku opiekuńczego

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL

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

Inne dane

Jeśli Ty albo Twój małżonek pobraliście w tym roku kalendarzowym zasiłek opiekuńczy na dzieci niepełnosprawne w wieku od 8 do 18 lat z powodu choroby, porodu, pobytu w szpitalu rodzica dziecka stale się nim opiekującego, opieki nad chorymi dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 14 do 18 lat, to podaj czy Ty lub Twój małżonek macie inne dzieci do lat 14

TAK

☐

NIE

☐

--

[illegible]

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