

## 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,
- dzieckiem niepełnosprawnym do 18 lat.

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 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.

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 nowo narodzonym 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 sekcji *Dane drugiego rodzica dziecka (matka lub ojciec dziecka)* oraz *Dane Twojego małżonka* 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

### Twoje dane

PESEL	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%; height: 20px;"></div> <div style="width: 25%; height: 20px;"></div> <div style="width: 25%; height: 20px;"></div> <div style="width: 25%; height: 20px;"></div> </div>									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
	Podaj, jeśli nie masz nadanego PESEL									
Imię	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
Nazwisko	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
Ulica	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
Numer domu	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				Numer lokalu	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				
Kod pocztowy	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
Miejscowość	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
Nazwa państwa	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski									
Numer telefonu	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>									
	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 dziecka, nad którym sprawujesz opiekę**

PESEL	<div></div>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<div></div>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL
Imię	<div></div>
Nazwisko	<div></div>
Data urodzenia dziecka	<div></div>
	dd / mm / rrrr

Dziecko ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności  
albo orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej  
lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby

☐ TAK ☐ NIE

**Oświadczam, że**

1. Jest domownik, który może 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 tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem powyżej 14 lat, to podaj czy pozostajesz z nim we wspólnym gospodarstwie 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:

- ☐ 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 drugiego rodzica dziecka (matki lub ojca dziecka)**PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

--

Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL

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:

☐ 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**

Podaj dane małżonka, jeżeli nie jest on rodzicem dziecka

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

--

Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL

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:

☐ 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 dzieckiem, na które wnioskujesz o zasiłek opiekuńczy, podaj jego dane oraz liczę 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 innym dzieckiem, niż to, na które wnioskujesz o zasiłek opiekuńczy lub innym członkiem Twojej rodziny, podaj jego dane oraz liczbę wykorzystanego przez niego zasiłku opiekuńczego na te osoby.

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 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.

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

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>