

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, małżonek, 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. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego **Informacją**
5. Wypełniając pkt 3 sekcji *Oświadczam, że* oraz pkt 2 sekcji *Dane Twojego małżonka* oraz *Dane innego członka rodziny*, do liczby dni zasiłku opiekuńczego 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%; height: 20px;" type="text"/>	
Data urodzenia	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	dd / mm / rrrr	
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL</small>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL</small>	
Imię	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Numer domu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Miejscowość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small>	
Numer telefonu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne</small>	

Dane płatnika składek

NIP

REGON

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

Rachunek bankowy

To pole jest dobrowolne. Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek prześlemy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

Okres, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy

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

Dane osoby, nad którą sprawujesz opiekę

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Podaj stopień pokrewieństwa w stosunku do Ciebie

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

Nie zmieniałem płatnika

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

nie mam małżonka

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

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:

- 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

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru 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

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru 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

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

NIE DOTYCZY

Uwagi:

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

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: <https://bip.zus.pl/rodo>