

## 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.

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 nowonarodzonym 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 nowonarodzonym 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 nowonarodzonym, w okresie do 8 tygodni po porodzie

### Okres, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy

OD 22-01-2018 DO 24-01-2018

Podaj datę lub daty (od–do), w których będziesz sprawował opiekę

### Zwolnienie lekarskie

Wypełnij, jeżeli lekarz wystawił Ci zwolnienie lekarskie elektronicznie (e-ZLA)

OD 22-01-2018 DO 24-01-2018 SERIA I NR E-ZLA: DBB 155698

Podaj datę lub daty (od–do), oraz jeżeli znasz – serię i numer zwolnienia lekarskiego

### Dane dziecka, nad którym sprawujesz opiekę

Numer PESEL

0	8	3	1	0	6	0	6	4	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

ANNA

Nazwisko

KLIMCZAK

Data urodzenia dziecka

0	6	1	1	2	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---

dd / mm / rrrr

## Dane wnioskodawcy

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

*Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

*Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski*

Numer telefonu

*Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie*

## Oświadczam, że

1. Jest domownik mogący 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:*

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 drugiego rodzica dziecka (matki lub ojca dziecka)

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 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:*

z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za ..... dni, <sup>1</sup> <sup>0</sup>

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

## Dane Twojego małżonka

*Podaj dane małżonka, jeżeli nie jest on rodzicem dziecka*

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 *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:*

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

Czy inny członek rodziny otrzymał zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad Twoimi dziećmi w danym roku kalendarzowym:

TAK

NIE

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

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 Twoimi dziećmi za ..... dni.

## Uwagi:

## Zasiłek proszę przekazać na rachunek bankowy

1	0	1	0	2	0	0	4	5	0	6	5	8	9	8	9	6	5	1	9	6	4	9	6	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Data

2	2	0	1	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

dd / mm / rrrr

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis