

WNIOSEK O ZASIŁEK OPIEKUŃCZY

CZĘŚĆ I:**DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO**

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię pierwsze

06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

Z tytułu sprawowania opieki nad:**DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA / CZŁONKA RODZINY, NAD KTÓRYM SPRAWOWANA JEST OPIEKA**

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Stopień pokrewieństwa

07. Data urodzenia dziecka (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data od (dd/mm/rrrr)

Data do (dd/mm/rrrr)

za okres od:

do:

seria i numer zaśw. lek. [1]

CZĘŚĆ II:**Oświadczam, że:** (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)1. Jest Nie ma domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę w okresie

.....

2. Jestem Nie jestem zatrudniony(a) w systemie pracy zmianowej w godzinach [2]

.....

3. Matka/ojciec dziecka małżonek/małżonka:

1) pracuje nie pracuje

2) jeśli pracuje to, czy wykonuje pracę w systemie pracy zmianowej: TAK NIE

Jeżeli TAK, podać w jakich godzinach:

4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat) TAK NIE

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

NAZWA I ADRES POPRZEDNIEGO PŁATNIKA SKŁADEK:

Nazwa płatnika składek:

.....

Kod pocztowy:

Poczta:

-

Gmina/Dzielnica:

.....

Miejscowość:

.....

Ulica:

.....

Numer domu:

Numer lokalu:

Symbol państwa: (1)(2)

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

5. W danym roku kalendarzowym: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

matka dziecka

ojciec dziecka

małżonek/małżonka

DANE WYMIENIONEJ OSOBY:

Numer PESEL: (1)

Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

Seria i numer dokumentu:

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

pobrał(a) zasiłek opiekuńczy: TAK NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

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

NAZWA I ADRES PŁATNIKA SKŁADEK WYMIENIONEJ OSOBY:

Nazwa płatnika składek:

.....

Kod pocztowy:

 –

Poczta:

.....

Gmina/Dzielnica:

.....

Miejscowość:

.....

Ulica:

.....

Numer domu:

Numer lokalu:

Symbol państwa: (1)(2)

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

6. W danym roku kalendarzowym inny członek rodziny:**DANE CZŁONKA RODZINY:**

01. Numer PESEL: (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu:

04. Nazwisko:

.....

05. Imię:

.....

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

pobrał zasiłek opiekuńczy:

TAK

NIE

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku do 8 tygodnia życia za dni

z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny za dni

NAZWA I ADRES PŁATNIKA SKŁADEK INNEGO CZŁONKA RODZINY:

Nazwa płatnika składek:

.....

Kod pocztowy:

 –

Poczta:

.....

Gmina/Dzielnica:

.....

Miejscowość:

.....

Ulica:

.....

Numer domu:

Numer lokalu:

Symbol państwa: (1)(2)

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

7. Pozostają Nie pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z wymienionym wyżej dzieckiem w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny.

Proszę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr:

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

Uwagi:

.....
.....

.....
(Miejscowość)

.....
(Data: dd/mm/rrrr)

.....
(Podpis ubezpieczonego)

POUCZENIE

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 372).

Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobie podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat, chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat oraz innym członkiem rodziny. Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, pod warunkiem, że w okresie sprawowania opieki pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym.

Zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny przysługuje łącznie przez okres do 60 dni w roku kalendarzowym. Z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny, w tym chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres 14 dni w roku kalendarzowym. Jest to wymiar przysługujący bez względu na liczbę dzieci oraz niezależny od liczby innych członków rodziny wymagających opieki, jak również od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego.

W przypadku, gdy ubezpieczona matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, przebywa w szpitalu albo w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo legitymuje się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji i stan zdrowia uniemożliwia jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, albo porzuciła dziecko, ubezpieczonemu ojcu dziecka przysługuje dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem, w wymiarze do 8 tygodni, tj. 56 dni, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 8 tygodnia życia. Wymiar zasiłku opiekuńczego w takim przypadku nie jest związany z rokiem kalendarzowym i jest niezależny od wymiaru określonego wyżej (60 i 14 dni). Przepis ten ma zastosowanie także do innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje pod warunkiem, że nie ma innych domowników mogących zapewnić opiekę dziecku lub innemu choremu członkowi rodziny. Warunek ten nie dotyczy opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 2 lat (w takim przypadku punkt 1 wniosku nie musi być wypełniony).

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje:

- w okresie urlopu bezpłatnego lub urlopu wychowawczego,
- w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- za okres objęty zaświadczeniem lekarskim, w przypadku wykonywania w czasie zwolnienia lekarskiego pracy zarobkowej albo wykorzystywania zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z celem tego zwolnienia,
- za okres, w którym zaświadczenie lekarskie straciło ważność wskutek kontroli prawidłowości orzekania i wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Uwaga:

Wniosek o zasiłek opiekuńczy należy złożyć płatnikowi zasiłku przy każdorazowym ubieganiu się o zasiłek opiekuńczy, z wyjątkiem nieprzerwanych okresów sprawowania opieki nad tym samym dzieckiem lub członkiem rodziny.

Ubezpieczony jest zobowiązany poinformować płatnika zasiłku o okolicznościach, które uległy zmianie w stosunku do podanych we wniosku o zasiłek opiekuńczy.

Jeżeli płatnikiem zasiłku jest ZUS i podstawą do ustalenia uprawnień do zasiłku opiekuńczego za nieprzerwany okres sprawowania opieki nad tym samym chorym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny jest zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego e-ZLA, ubezpieczony składając wniosek o zasiłek opiekuńczy wypełnia tylko Część I wniosku.

[1] Wypełnić w przypadku zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym dzieckiem lub chorym innym członkiem rodziny, gdy podstawą do ustalenia uprawnień do zasiłku jest zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego e-ZLA.

[2] Wypełnia tylko osoba, której zasiłek opiekuńczy wypłaca ZUS.