

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. 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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																							
	Podaj, jeśli nie masz nadanego PESEL																						
Imię																							
Nazwisko																							
Ulica																							
Numer domu		Numer lokalu																					
Kod pocztowy		Poczta																					
Miejscowość																							
Nazwa państwa																							
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski																						
Numer telefonu																							
	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

