

**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	<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 dziecka, nad którym sprawujesz opiekę

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia dziecka   /   /      
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 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 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>