

## 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: | do: |
|-----|-----|

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

### Zwolnienie lekarskie

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

|     |     |                          |
|-----|-----|--------------------------|
| od: | do: | seria i numer zaśw. lek. |
|-----|-----|--------------------------|

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

### Dane dziecka, nad którym sprawujesz opiekę

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numer PESEL                                                | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                            | <i>Jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Imię                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nazwisko                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Data urodzenia dziecka                                     | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>dd</span><span>/</span><span>mm</span><span>/</span><span>rrrr</span> </div>                                                                                                                                |

## Dane wnioskodawcy

|                                                               |                                                                                                           |              |                      |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|
| Numer PESEL                                                   | <input type="text"/>                                                                                      |              |                      |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu<br>potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/><br><i>Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i> |              |                      |
| Imię                                                          | <input type="text"/>                                                                                      |              |                      |
| Nazwisko                                                      | <input type="text"/>                                                                                      |              |                      |
| Ulica                                                         | <input type="text"/>                                                                                      |              |                      |
| Numer domu                                                    | <input type="text"/>                                                                                      | Numer lokalu | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy                                                  | <input type="text"/>                                                                                      | Miejscowość  | <input type="text"/> |
| Nazwa państwa                                                 | <input type="text"/><br><i>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</i>                               |              |                      |
| Numer telefonu                                                | <input type="text"/><br><i>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</i>              |              |                      |

## 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,

☐ 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.

