

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.

Za członka rodziny uważa się: rodzica dziecka, małżonka, rodziców, ojczyma, macochę, rodziców adopcyjnych, teściów, dziadków, 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 punkt 3 w sekcji „Oświadczam, że” oraz punkt 2 w sekcji „Dane Twojego małżonka” do liczby dni, z powodu sprawowania opieki nad dziećmi do lat 14, nie wliczaj dodatkowego zasiłku opiekuńczego, 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

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

Zwolnienie lekarskie

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

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

Dane osoby, nad którą sprawujesz opiekę

Numer PESEL

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

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

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

Imię

Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Data urodzenia

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

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 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 domowym 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:

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

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

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

Jeżeli zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymała inna osoba poza Tobą lub Twoim małżonkiem, podaj jej dane

Czy inny członek rodziny w danym roku kalendarzowym otrzymał zasiłek z tytułu sprawowania opieki nad osobą, na którą wnioskujesz o zasiłek opiekuńczy

TAK

NIE

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

1. Dane innego członka rodziny:

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 chorym członkiem rodziny za dni.

2. Dane innego członka rodziny:

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 chorym członkiem rodziny za dni.

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