ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Z-15

Wniosek o zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad członkiem rodziny

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli ubiegasz się o wypłatę zasiłku opiekuńczego z powodu sprawowania opieki nad:
– zdrowym dzieckiem do 8 lat,
– chorym dzieckiem,
– dzieckiem niepełnosprawnym do 18 lat,
– chorym członkiem rodziny.

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. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego **Informacją**
5. Wypełniając punkt 3 w sekcji *Oświadczam, że* oraz sekcję *Dane drugiego rodzica dziecka (matka lub ojciec dziecka)* lub *Dane Twojego małżonka*, lub punktu 1 i 2 w sekcji *Dane innego członka rodziny*, do liczby dni zasiłku opiekuńczego otrzymanego 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

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne

Dane płatnika składek

NIP

REGON

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

Rachunek bankowy

To pole jest dobrowolne. Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek przekażemy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

Okres, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy

Podaj datę lub daty (od–do), w których będziesz sprawował opiekę oraz jeśli otrzymałeś zaświadczenie lekarskie – serię i numer tego zwolnienia (jeśli pamiętasz)

Dane osoby, nad którą sprawujesz opiekę

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Stopień pokrewieństwa

Podaj stopień pokrewieństwa w stosunku do Ciebie

Jeżeli występujesz o opiekę nad dzieckiem to podaj czy 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 nad 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 dzieckiem w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny, nad którym ubiegam się o opiekę ☐ TAK ☐ NIE

3. Jeżeli w danym roku kalendarzowym zmieniłeś płatnika składek, to podaj czy od poprzedniego płatnika otrzymałeś zasiłek opiekuńczy ☐ TAK ☐ NIE ☐ Nie zmieniałem płatnika

   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)

Wpisz dane dotyczące drugiego rodzica dziecka, jeśli występujesz o opiekę nad dzieckiem

☐ drugi rodzic dziecka nieznany

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Data urodzenia ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

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

Nie podawaj danych małżonka, jeśli występujesz o opiekę na dzieckiem i Twój małżonek jest rodzicem dziecka

☐ nie mam małżonka

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

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 opiekuńczy, podaj jego dane oraz liczę dni wykorzystanego przez niego zasiłku opiekuńczego.

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru 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 niż ten, nad którym wnioskujesz o zasiłek opiekuńczy, 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 numeru PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru 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

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

Miejscowość i podpis wnioskodawcy

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: https://bip.zus.pl/rodo