

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL

NIP ¹⁾

												X								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

OŚWIADCZENIE
do uzyskania zasiłku opiekuńczego

Zwracam się i wypłatę zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad:

.....
(imię i nazwisko dziecka – członka rodziny)

.....
(PESEL dziecka – członka rodziny)

.....
(stopień pokrewieństwa)

.....
(data urodzenia dziecka)

Oświadczam , że:

1. Jest – nie ma domownik/a mogący/ego zapewnić opiekę²⁾ , jeżeli tak, podać okres.....
2. Jestem – nie jestem zatrudniony/a w systemie pracy zmianowej²⁾ , jeżeli tak, podać godz. pracy.....³⁾
3. Współmałżonek pracuje – nie pracuje w systemie pracy zmianowej²⁾ , jeżeli tak, podać godz. pracy
4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia:
 - z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 14 latdni
 - z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodzinydni

.....
(nazwa i adres płatnika składek)

5. W danym roku kalendarzowym współmałżonek:

.....
(imię i nazwisko współmałżonka, PESEL i NIP współmałżonka) ¹⁾

pobrał zasiłek opiekuńczy:

- z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14.....dni
- z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodzinydni

.....
(nazwa i adres płatnika składek)

6. W danym roku kalendarzowym inny członek mojej rodziny:

.....
(imię i nazwisko członka rodziny, PESEL i NIP członka rodziny) ¹⁾

pobrał zasiłek opiekuńczy:

- z tytułu opieki nad wymienionym we wniosku chorym członkiem rodziny.....dni

7. Pozostaję – nie pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym ²⁾ z wymienionym wyżej dzieckiem w wieku powyżej 14 lat lub innym chorym członkiem rodziny.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis ubezpieczonego)

¹⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ Wypełnia tylko osoba, której zasiłek opiekuńczy wypłaca ZUS.

POUCZENIE

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu podlegającemu obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8, chorym dzieciom do lat 14 oraz innym chorym członkiem rodziny. Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, pod warunkiem, że pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki. Zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny przysługuje łącznie przez okres 60 dni w roku kalendarzowym. Z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami, w tym chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres 14 dni w ramach przysługujących w roku kalendarzowym 60 dni. Zasiłek opiekuńczy przysługuje pod warunkiem, że nie ma innych domowników mogących zapewnić opiekę dziecku lub innemu choremu członkowi rodziny. Warunek ten nie dotyczy opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat. w przypadku sprawowania opieki nad dzieckiem do lat 8, rodzice dziecka nie pozostający w formalnym związku małżeńskim, lecz pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym, traktowani są jak małżonkowie. Jeżeli zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad innym niż dziecko chorym członkiem rodziny został pobrany przez inną osobę niż małżonek, w pkt. 6 należy wpisać liczbę dni, za które zasiłek został pobrany.