. . . . . .
imię i nazwisko ubezpieczonego

. . . . . .
adres zamieszkania

. . . . . .
numer telefonu, adres poczty elektronicznej

PESEL[1)]

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**OŚWIADCZENIE**
**do celów wypłaty zasiłku opiekuńczego**

z tytułu sprawowania opieki nad:

. . . . . .
imię i nazwisko dziecka/członka rodziny

. . . . . .
PESEL dziecka/członka rodziny[1)]

. . . . . .
stopień pokrewieństwa

. . . . . .
data urodzenia dziecka

Oświadczam, że:

1. Jest/nie ma[2)] domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę w okresie . . . . . .
2. Jestem zatrudniony(a)/nie jestem zatrudniony(a)[2)] w systemie pracy zmianowej w godzinach . . . . . .

   . . . . . [3)]
3. Matka dziecka/ojciec dziecka/małżonek(a)[2)] pracuje/nie pracuje[2)].
   Matka dziecka/ojciec dziecka/małżonek(a)[2)] wykonuje pracę/nie wykonuje pracy [2)] w systemie pracy zmianowej w godzinach . . . . . .
4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia: tak/nie[2)]
   — 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,

   . . . . . .
   nazwa i adres poprzedniego płatnika składek
5. W danym roku kalendarzowym matka dziecka/ojciec dziecka/małżonek(a)[2)]:

   . . . . . .
   imię i nazwisko, PESEL[1)] matki dziecka/ojca dziecka/małżonka(i)[2)]
   pobrał(a) zasiłek opiekuńczy: tak/nie[2)]
   — 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,

   . . . . . .
   nazwa i adres płatnika składek matki dziecka/ojca dziecka/małżonka(i)[2)]
6. W danym roku kalendarzowym inny członek rodziny:

   . . . . . .
   imię i nazwisko, PESEL innego członka rodziny[1)]
   pobrał zasiłek opiekuńczy: tak/nie[2)]
   — z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku do 8. tygodnia życia za . . . . . dni,

— z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny za . . . . . dni.

. . . . . .
nazwa i adres płatnika składek innego członka rodziny

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

Proszę o wypłatę zasiłku opiekuńczego na rachunek bankowy nr:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

. . . . . .
miejscowość i data

. . . . . .
podpis ubezpieczonego

---

[1] W przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
[2] Niepotrzebne skreślić.
[3] Wypełnia tylko osoba, której zasiłek opiekuńczy wypłaca ZUS.

## POUCZENIE

**Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 z późn. zm.).**
Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobie podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat, chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat oraz innym chorym członkiem rodziny. Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuków, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, pod warunkiem, że w okresie sprawowania opieki pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym.
Zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny przysługuje łącznie przez okres do 60 dni w roku kalendarzowym.
Z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny, w tym chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres 14 dni w roku kalendarzowym. Jest to wymiar przysługujący bez względu na liczbę dzieci oraz niezależny od liczby innych członków rodziny wymagających opieki, jak również od liczby członków rodziny uprawnionych do zasiłku opiekuńczego.
W przypadku gdy ubezpieczona matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, przebywa w szpitalu, ubezpieczonemu ojcu dziecka przysługuje za okres pobytu matki dziecka w szpitalu dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu osobistego sprawowania opieki nad nowo narodzonym dzieckiem, w wymiarze do 8 tygodni, tj. do 56 dni, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 8 tygodni życia.
Wymiar zasiłku opiekuńczego w takim przypadku nie jest związany z rokiem kalendarzowym i jest niezależny od wymiaru określonego wyżej (60 i 14 dni). Przepis ten ma zastosowanie także do innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.
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 ukończenia 2 lat (w takim przypadku pkt 1 wniosku nie musi być wypełniony).
W przypadku sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat rodzice dziecka niepozostający w formalnym związku małżeńskim, lecz pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym, są traktowani jak małżonkowie.

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje:
— w okresie urlopu bezpłatnego lub urlopu wychowawczego,
— w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
— w przypadku wykonywania pracy zarobkowej albo wykorzystywania zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z celem tego zwolnienia.


Skład: Biuro Poligrafii/W-wa; zam. nr 1093/12