

## WNIOSEK O ZASIŁEK OPIEKUŃCZY

**CZĘŚĆ I:****DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO**

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię pierwsze

06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA**

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

**Z tytułu sprawowania opieki nad:****DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA / CZŁONKA RODZINY, NAD KTÓRYM SPRAWOWANA JEST OPIEKA**

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Stopień pokrewieństwa

07. Data urodzenia dziecka (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data od (dd/mm/rrrr)

Data do (dd/mm/rrrr)

za okres od: ..... do: ..... seria i numer zaśw. lek. [1] .....

**CZĘŚĆ II:****Oświadczam, że:** (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)1.  Jest  Nie ma domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę w okresie

.....

2.  Jestem  Nie jestem zatrudniony(a) w systemie pracy zmianowej w godzinach [2]

.....

3.  Matka/ojciec dziecka       małżonek/małżonka:  
 1)  pracuje       nie pracuje  
 2) jeśli pracuje to, czy wykonuje pracę w systemie pracy zmianowej:       TAK       NIE  
 Jeżeli TAK, podać w jakich godzinach: .....

4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)       TAK       NIE  
 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:**

Nazwa płatnika składek:

.....

Kod pocztowy:

Pocztą:

   -    .....

Gmina/Dzielnica:

.....

Miejscowość:

.....

Ulica:

.....

Numer domu:

Numer lokalu:

Symbol państwa: (1)(2)

 

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

                    

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

5. W danym roku kalendarzowym: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

 matka dziecka ojciec dziecka małżonek/małżonka**DANE WYMIENIONEJ OSOBY:**

Numer PESEL: (1)

         

Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

Seria i numer dokumentu:

              

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

pobrał(a) zasiłek opiekuńczy:       TAK       NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat) 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 WYMIENIONEJ OSOBY:**

Nazwa płatnika składek:

Kod pocztowy:

Poczta:

□	□	–	□	□	□
---	---	---	---	---	---

Gmina/Dzielnica:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Symbol państwa: (1)(2)

□	□
---	---

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

6. W danym roku kalendarzowym inny członek rodziny:

**DANE CZŁONKA RODZINY:**

01. Numer PESEL: (1)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

□
---

03. Seria i numer dokumentu:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

04. Nazwisko:

05. Imię:

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

pobrał zasiłek opiekuńczy:

TAK

NIE

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

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:**

Nazwa płatnika składek:

Kod pocztowy:

Poczta:

□	□	–	□	□	□
---	---	---	---	---	---

Gmina/Dzielnica:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Symbol państwa: (1)(2)

□	□
---	---

Zagraniczny kod pocztowy: (1)

Nazwa państwa: (1)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

