

## 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, ojczyrna, 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 4 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                                                                       | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość                        | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <i>Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</i> |                      |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię                                                                              | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                                          | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica                                                                             | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer domu                                                                        | <input type="text"/> | Numer lokalu | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod pocztowy                                                                      | <input type="text"/> | Miejscowość  | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa państwa                                                                     | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <i>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</i>                               |                      |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer telefonu                                                                    | <input type="text"/> |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <i>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</i>              |                      |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Oświadczam, że

- 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*
- Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z chorym członkiem rodziny w okresie sprawowania opieki

☐ TAK
 ☐ NIE
- 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:**

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

**Zasilek proszę przekazać na rachunek bankowy**

[illegible]

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

# INFORMACJA

## do wniosku o zasiłek opiekuńczy

### I. Z jakich powodów możesz ubiegać się o zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy otrzymasz, gdy opiekujesz się:

- **zdrowym dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat, ponieważ:**
  - został zamknięty żłobek, klub dziecięcy, przedszkole lub szkoła, do których dziecko uczęszcza i zostałeś o tym powiadomiony w terminie krótszym niż 7 dni przed dniem ich zamknięcia,
  - zachorowała niania, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, albo zachorował dzienny opiekun, sprawujący opiekę nad dzieckiem,
  - poród lub choroba Twojego małżonka albo rodzica dziecka, którzy stale opiekują się dzieckiem, uniemożliwia im sprawowanie opieki,
  - Twój małżonek lub rodzic dziecka, którzy stale opiekują się dzieckiem, przebywa w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- **chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,**
- **innym chorym członkiem rodziny, w tym chorym dzieckiem w wieku ponad 14 lat,**
- **nowonarodzonym dzieckiem w okresie 8 tygodni po porodzie, gdy ubezpieczona matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński:**
  - przebywa w szpitalu,
  - porzuciła dziecko,
  - posiada orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
  - posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym.

#### Dziecko

Za dziecko uważa się:

- dzieci własne,
- dzieci małżonka,
- dzieci przysposobione,
- dzieci przyjęte na wychowanie i utrzymanie.

#### Członek rodziny

Za innego członka rodziny uważa się:

- małżonka,
  - rodziców,
  - rodzica dziecka,
  - ojczyma i macochę,
  - teściów,
  - dziadków,
  - rodzeństwo,
  - wnuki,
  - dzieci w wieku powyżej 14 lat,
- jeżeli pozostajesz z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym w okresie sprawowania opieki.

### II. Przez jaki okres możesz pobierać zasiłek opiekuńczy

Jeśli sprawujesz opiekę nad:

- zdrowym dzieckiem do lat 8 lub chorym dzieckiem do lat 14, prawo do zasiłku opiekuńczego przysługuje przez okres do 60 dni w roku kalendarzowym,

- chorym dzieckiem w wieku ponad 14 lat lub innym chorym członkiem rodziny, prawo do zasiłku opiekuńczego przysługuje przez okres do 14 dni w roku kalendarzowym.

Łączny okres wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny z różnych przyczyn, nie może przekroczyć 60 dni w roku kalendarzowym.

Limit ten ma zastosowanie do wszystkich członków rodziny uprawnionych do zasiłku opiekuńczego, niezależnie od ich liczby oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.

Do limitu 60 lub 14 dni opieki w roku kalendarzowym nie zalicza się okresu opieki sprawowanej nad:

- nowonarodzonym dzieckiem w okresie 8 tygodni po porodzie, gdy ubezpieczona matka dziecka:
  - przebywa w szpitalu,
  - porzuciła dziecko,
  - posiada orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
  - posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym.

Zasiłek opiekuńczy z powodu opieki nad tym dzieckiem przysługuje maksymalnie przez 8 tygodni, tj. do 56 dnia życia dziecka. Ten zasiłek opiekuńczy nie jest związany z rokiem kalendarzowym i nie zostanie wliczony do limitu dni opieki przysługującej w roku kalendarzowym.

### III. Prawo do zasiłku opiekuńczego – podstawowe zasady

- Zasiłek opiekuńczy przysługuje bez okresu wyczekiwania, tj. od pierwszego dnia, od którego podlegasz ubezpieczeniu chorobowemu.
- Zasiłek opiekuńczy możesz otrzymać pod warunkiem, że nie ma innych członków rodziny mogących zapewnić opiekę. Jeżeli jednak sprawujesz opiekę nad dzieckiem chorym w wieku do 2 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje Ci nawet wtedy, gdy są inni członkowie rodziny, którzy mogą zapewnić opiekę.
- Za członka rodziny, który może zapewnić opiekę nie uważa się osoby, która jest:
  - całkowicie niezdolna do pracy,
  - osobą chorą,
  - osobą niesprawną fizycznie lub psychicznie za względu na swój wiek,
  - osobą prowadzącą gospodarstwo rolne,
  - pracownikiem odpoczywającym po pracy na nocnej zmianie,
  - osobą prowadzącą działalność pozarolniczą,
  - osobą niezobowiązaną do sprawowania opieki na podstawie przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeśli odmawia ona sprawowania opieki.
- Nie otrzymasz zasiłku opiekuńczego za okres:
  - w którym masz prawo do wynagrodzenia na podstawie przepisów szczególnych,
  - urlopu bezpłatnego lub urlopu wychowawczego,
  - tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności,
  - zwolnienia lekarskiego od pracy z powodu konieczności sprawowania przez Ciebie opieki, w czasie którego wykonywałeś pracę zarobkową lub które wykorzystywałeś niezgodnie z celem; zasiłku opiekuńczego nie otrzymasz, jeżeli okoliczności te zostaną stwierdzone w wyniku kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy przeprowadzonej przez płatnika zasiłku,
  - za który zaświadczenie lekarskie straciło ważność wskutek kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich.

## IV. Jakie dokumenty powinieneś złożyć

Jeśli ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy, powinieneś złożyć:

### 1. Wniosek o zasiłek opiekuńczy:

- **Z-15A** – w przypadku opieki nad chorym dzieckiem lub opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat lub opieki nad nowonarodzonym dzieckiem w okresie pierwszych 8 tygodni po porodzie, albo
- **Z-15B** – w przypadku opieki nad chorym członkiem rodziny, innym niż dziecko.

Nie musisz składać wniosku o zasiłek, jeśli ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy za kolejny nieprzerwany okres z tytułu opieki nad tym samym dzieckiem lub członkiem rodziny oraz nie zmieniły się okoliczności, które podałeś we wcześniejszym wniosku. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność sprawowania przez Ciebie opieki nad chorym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny, zostało wystawione w formie dokumentu elektronicznego i nie posiadasz wydruku tego zaświadczenia. W takim przypadku – **jeśli zasiłek wypłaca ZUS** – powinieneś złożyć wniosek. Wypełnij go tylko w części, która dotyczy:

- okresu, za który ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy,
- danych zwolnienia lekarskiego,
- Twoich danych, jako wnioskodawcy.

### 2. Dokumenty, które są potrzebne w zależności od tego z jakiego powodu sprawujesz opiekę.

#### Opieka na chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny

- zaświadczenie lekarskie wystawione w formie papierowej na druku ZUS ZLA (zielona kopia); zaświadczenie lekarskie w tej formie zobowiązany jesteś przedłożyć w ciągu 7 dni od daty, kiedy je otrzymasz; jeżeli dostarczysz je po tym terminie, zasiłek opiekuńczy zostanie obniżony o 25% od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia, albo
- zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego (zaświadczenie lekarskie e-ZLA); jeśli Twój płatnik składek posiada profil na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS) lub zasiłek wypłaca Ci ZUS, zaświadczenie lekarskie e-ZLA zostanie im dostarczone elektronicznie i Ty nie musisz przedkładać go w formie wydruku, albo
- wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie dokumentu elektronicznego (wydruk zaświadczenia lekarskiego e-ZLA), albo
- zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego w przypadku, gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego e-ZLA nie jest możliwe (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym), albo
- zaświadczenie lekarskie wystawione za granicą wraz z tłumaczeniem na język polski; zaświadczenie powinno zawierać nazwę zagranicznego zakładu leczniczego lub imię i nazwisko zagranicznego lekarza, powinno być opatrzone datą wystawienia i podpisem oraz określać początkową i końcową datę niezdolności do pracy z powodu konieczności sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny.

Jeśli zaświadczenie lekarskie jest z państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Szwajcarii albo państwa, z którym Polska zawarła umowę międzynarodową, to składasz je w języku urzędowym tego państwa – nie musi być przetłumaczone na język polski.

#### Opieka nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8

- Twoje oświadczenie, że żłobek, klub dziecięcy, przedszkole lub szkoła, do których uczęszcza dziecko, zostały nieprzewidziane zamknięte,
- zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku, jeśli opiekujesz się dzieckiem z powodu:

- **porodu lub choroby** małżonka lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,
- **pobytu** małżonka lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;

Zaświadczenie to powinno zawierać:

- imię i nazwisko małżonka lub rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem,
  - okres i przyczynę konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem,
  - nazwisko dziecka, nad którym ma być sprawowana opieka oraz jego imię, o ile dziecku zostało już nadane,
  - pieczętę i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie.
- Twoje oświadczenie oraz dokument, który potwierdza, że niania lub dzienny opiekun nie mogą opiekować się dzieckiem ponieważ są chorzy. Takim dokumentem może być np. kopia zaświadczenia lekarskiego wystawionego niani lub dziennemu opiekunowi potwierdzona przez Ciebie za zgodność z oryginałem albo wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie dokumentu elektronicznego.

## **Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem w okresie pierwszych 8 tygodni**

- Twoje oświadczenie o pobieraniu przez matkę dziecka zasiłku macierzyńskiego w okresie 8 tygodni po porodzie,
- prawomocne orzeczenie o niezdolności matki dziecka do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską KRUS, a w przypadku zaliczenia do znacznego stopnia niepełnosprawności – orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności albo ich kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek lub ZUS,
- zaświadczenie lekarskie, które potwierdza okres pobytu matki dziecka w szpitalu,
- Twoje oświadczenie o porzuceniu dziecka przez matkę, zawierające datę porzucenia dziecka.

## **Jeśli zasiłek wypłaca ZUS**

Dodatkowo niezbędne jest zaświadczenie płatnika składek wystawione na druku:

- ZUS Z-3 – jeśli jesteś pracownikiem,
- ZUS Z-3b – jeśli wykonujesz pozarolniczą działalność, jesteś osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo jesteś osobą duchowną,
- ZUS Z-3a – jeśli jesteś ubezpieczony z innego tytułu.