ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Z-15B

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.

Członkami rodziny są: rodzic dziecka, małżonek, rodzice, ojczym, macocha, rodzice adopcyjni, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo.

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 pkt 3 sekcji *Oświadczam, że* oraz pkt 2 sekcji *Dane Twojego małżonka* oraz *Dane innego członka rodziny*, do liczby dni zasiłku opiekuńczego 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, jeżeli ubezpieczona matka dziecka przebywa w szpitalu/ porzuciła dziecko/ posiada orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji/ niepełnosprawności w stopniu znacznym

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 w formie dokumentu elektronicznego e-ZLA serię i numer tego zwolnienia (jeśli pamiętasz)

Dane osoby, nad którą sprawujesz opiekę

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Podaj stopień pokrewieństwa w stosunku do Ciebie

Oświadczam, że

1. Jest domownik, który może 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

2. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie z chorym członkiem rodziny w okresie sprawowania opieki ☐ 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 Twojego małżonka

☐ nie mam małżonka

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data urodzenia ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
dd / mm / rrrr
Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

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:

☐ 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, podaj jego dane oraz liczbę dni wykorzystanego przez niego zasiłku opiekuńczego.

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data urodzenia ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
dd / mm / rrrr
Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
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 dziećmi lub innymi członkami Twojej rodziny, podaj jego dane oraz liczbę wykorzystanego przez niego zasiłku opiekuńczego.

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Liczba dni zasiłku opiekuńczego pobranego przez innego członka z powodu:

☐ opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat za ____ dni,

☐ opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny za ____ dni.

Opieka była sprawowana przez ____ nad ____

podaj stopień pokrewieństwa tych osób w stosunku do Ciebie

Inne dane

Jeśli Ty albo Twój małżonek pobraliście w tym roku kalendarzowym zasiłek opiekuńczy na dzieci niepełnosprawne 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, to podaj czy Ty lub Twój małżonek macie inne dzieci do lat 14

TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY ☐

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

Podpis

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

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, który sprawuje opiekę nad dzieckiem,
  - poród lub choroba Twojego małżonka, albo rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, uniemożliwia mu sprawowanie opieki,
  - Twój małżonek lub rodzic dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, przebywa w szpitalu, albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- **dzieckiem niepełnosprawnym w wieku do ukończenia 18 lat, ponieważ:**
  - poród lub choroba Twojego małżonka albo rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, uniemożliwia mu sprawowanie opieki,
  - Twój małżonek lub rodzic dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, przebywa w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- **chorym dzieckiem,**
- **chorym dzieckiem niepełnosprawnym w wieku do ukończenia 18 lat,**
- **innym chorym członkiem rodziny, w tym również dzieckiem pełnoletnim,**
- **nowo narodzonym dzieckiem w okresie 8 tygodni po porodzie, gdy ubezpieczona matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński:**
  - przebywa w szpitalu,
  - porzuciła dziecko,
  - ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
  - ma orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym.

Dziecko	**Członek rodziny**
Za dziecko uważa się: ● dzieci własne, ● dzieci małżonka, ● dzieci przysposobione, ● dzieci przyjęte na wychowanie i utrzymanie.	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

- 60 dni w roku kalendarzowym, jeśli sprawujesz opiekę nad zdrowym dzieckiem do lat 8 lub chorym dzieckiem do lat 14, w tym także dzieckiem niepełnosprawnym w tym wieku,
- 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli sprawujesz opiekę nad zdrowym dzieckiem niepełnosprawnym w wieku od 8 do 18 lat, ponieważ:
  - poród lub choroba Twojego małżonka albo rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, uniemożliwia mu sprawowanie opieki,
  - Twój małżonek lub rodzic dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, przebywa w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli sprawujesz opiekę nad chorym dzieckiem niepełnosprawnym w wieku od 14 do 18 lat,
- 14 dni w roku kalendarzowym, jeśli sprawujesz opiekę nad chorym dzieckiem w wieku ponad 14 lat lub innym chorym członkiem rodziny.

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.

Jeśli w roku kalendarzowym opiekujesz się tylko dzieckiem niepełnosprawnym oraz innym chorym członkiem rodziny i nie masz innych dzieci, które nie ukończyły 14 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie za okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym, w tym nie dłużej niż 14 dni na opiekę nad chorym członkiem rodziny.

Do limitu 60, 30 lub 14 dni opieki w roku kalendarzowym nie zalicza się okresu opieki sprawowanej nad nowo narodzonym dzieckiem w okresie 8 tygodni od dnia jego narodzin, gdy ubezpieczona matka dziecka:
- przebywa w szpitalu,
- porzuciła dziecko,
- ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- ma 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.

III. Prawo do zasiłku opiekuńczego – podstawowe zasady

- Zasiłek opiekuńczy przysługuje bez okresu wyczekiwania, tj. od pierwszego dnia, od którego podlegasz ubezpieczeniu chorobowemu.
- Zasiłek opiekuńczy przysługuje w trakcie trwania ubezpieczenia chorobowego.
- Zasiłek opiekuńczy możesz otrzymać, jeśli nie ma innych członków rodziny mogących zapewnić opiekę. Warunek ten nie dotyczy opieki nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat – zasiłek przysługuje nawet wtedy, gdy inny członek rodziny może zapewnić dziecku opiekę.
- Członkiem rodziny, który może zapewnić opiekę, nie jest osoba:
  - całkowicie niezdolna do pracy,
  - chora,
  - niesprawna fizycznie lub psychicznie ze względu na swój wiek,
  - zatrudniona na podstawie umowy o pracę i odpoczywająca po pracy na nocnej zmianie,
  - prowadząca działalność pozarolniczą,
  - niezobowiązana do sprawowania opieki na podstawie przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeśli odmawia ona sprawowania opieki.
- Nie otrzymasz zasiłku opiekuńczego za okres:
  - po ustaniu zatrudnienia lub innego tytułu ubezpieczenia chorobowego,
  - w którym masz prawo do wynagrodzenia na podstawie przepisów wynagradzaniu,
  - urlopu bezpłatnego lub urlopu wychowawczego,
  - urlopu opiekuńczego przysługującego z Kodeksu pracy,

— 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 podjąłeś aktywność niezgodną z celem zwolnienia od pracy; zasiłku opiekuńczego nie otrzymasz, jeżeli okoliczności te zostaną stwierdzone w wyniku kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy przeprowadzonej przez płatnika zasiłku lub ZUS,
— w którym zaświadczenie lekarskie straciło ważność wskutek kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich.

IV. Jakie złożyć dokumenty

Jeśli ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy, złóż:

1. **Wniosek o zasiłek opiekuńczy**
   - **Z-15A** – jeśli opiekujesz się chorym dzieckiem, w tym również dzieckiem pełnoletnim, zdrowym dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat, dzieckiem niepełnosprawnym w wieku do ukończenia 18 lat lub dzieckiem nowo narodzonym w okresie pierwszych 8 tygodni po porodzie, albo
   - **Z-15B** – jeśli opiekujesz się chorym członkiem rodziny innym niż dziecko.

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

   Opieka nad chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny
   Zaświadczenie lekarskie wystawione:
   — w formie dokumentu elektronicznego (e-ZLA) albo
   — w formie wydruku zaświadczenia wystawionego elektronicznie (wydruk e-ZLA), albo
   — na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, albo
   — za granicą wraz z tłumaczeniem na język polski, które zawiera:
     - nazwę zagranicznego podmiotu leczniczego lub imię i nazwisko lekarza,
     - datę wystawienia,
     - podpis lekarza,
     - 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 nieprzewidzianie zamknięte.
   - Zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku, jeśli opiekujesz się dzieckiem z powodu:
     — **porodu lub choroby** małżonka lub rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia mu sprawowanie opieki,
     — **pobytu** małżonka lub rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym 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,
     — pieczątkę i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie.

   Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym w wieku do 18 lat
   - Dokument, który potwierdza niepełnosprawność, tj.: orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,

- Gdy dziecko jest chore: zaświadczenie lekarskie wystawione za granicą wraz z tłumaczeniem na język polski, które zawiera:
  - nazwę zagranicznego podmiotu leczniczego lub imię i nazwisko lekarza,
  - datę wystawienia,
  - podpis lekarza,
  - 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,
- zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku, jeśli opiekujesz się niepełnosprawnym dzieckiem z powodu:
  - porodu lub choroby małżonka lub rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia mu sprawowanie opieki,
  - pobytu małżonka lub rodzica dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Opieka nad nowo narodzonym 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 ds. 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:

- Z-3 – jeśli jesteś pracownikiem,
- Z-3b – jeśli jesteś osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność lub z osobą korzystającą z ulgi na start, jesteś osobą duchowną albo jesteś marynarzem,
- Z-3a – jeśli jesteś ubezpieczony z innego tytułu,
- ZAS-12 – jeśli wniosek dotyczy ustalenia prawa do zasiłku opiekuńczego za dalszy okres.

Jeśli wykonujesz pozarolniczą działalność gospodarczą, nie jest wymagane dodatkowo złożenie w ZUS zaświadczenia Z-3b.

Zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zarówno ubezpieczony, jak i płatnik składek mogą wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wydanie decyzji w sprawie ustalenia prawa do zasiłku.