

Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem w wieku do 8 lat

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie, jeżeli jesteś rodzicem i ubiegasz się o wypłatę zasiłku opiekuńczego z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w związku z nieprzewidzianym zamknięciem żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, albo chorobą opiekuna dziennego lub niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Poła wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Twoje dane

PESEL	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
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"/>
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski
Numer telefonu	<input type="text"/>
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne

Dane płatnika składek

NIP	<input type="text"/>
REGON	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP
PESEL	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>

Oświadczenie

Oświadczam, że sprawowałem osobistą opiekę nad dzieckiem/ dziećmi w okresie:

Podaj datę od–do

z powodu nieprzewidzianego zamknięcia: żłobka klubu dziecięcego przedszkola szkoły

Dane placówki:

Nazwa placówki

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

z powodu choroby: niani dziennego opiekuna

Dane niani lub opiekuna dziennego:

Podaj dane: imię i nazwisko oraz numer PESEL, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj datę urodzenia, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Dane dziecka/ dzieci:

Podaj dane dziecka/ dzieci: imię i nazwisko oraz numer PESEL, jeśli nie ma nadanego nr PESEL, podaj datę urodzenia, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis

Zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 1732, z późn. zm.) zarówno ubezpieczony, jak i płatnik składek mogą wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wydanie decyzji w sprawie ustalenia prawa do zasiłku.

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>