

.....
imię i nazwisko ubezpieczonego

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu, adres poczty elektronicznej

PESEL¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 rodziny¹⁾

.....
stopień pokrewieństwa

.....
data urodzenia dziecka

Oświadczam, że:

1. Jest/nie ma²⁾ domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę w okresie
2. Jestem zatrudniony(a)/nie jestem zatrudniony(a)²⁾ w systemie pracy zmianowej w godzinach
3. Matka dziecka/ojciec dziecka/małżonek(a)²⁾ pracuje/nie pracuje²⁾.
Matka dziecka/ojciec dziecka/małżonek(a)²⁾ wykonuje pracę/nie wykonuje pracy²⁾ w systemie pracy zmianowej w godzinach
4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia: tak/nie²⁾
— 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, PESEL¹⁾ matki dziecka/ojca dziecka/małżonka(i)²⁾
pobrał(a) zasiłek opiekuńczy: tak/nie²⁾
— 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 zadni,
.....
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 rodziny¹⁾
pobrał zasiłek opiekuńczy: tak/nie²⁾
— z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku do 8. tygodnia życia za dni,

