

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. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

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										

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 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>