

ZUS Z-15B: jak wypełnić wniosek, kto składa i co sprawdzić

ZUS Z-15B służy do ubiegania się o zasiłek opiekuńczy przy opiece nad chorym członkiem rodziny. Sprawdź, kto składa druk, jakie dane przygotować, jak uniknąć błędów i skorzystać z pliku PDF.

Tytuł dokumentu: roboczy wzór przygotowania danych do formularza ZUS Z-15B – wniosek o zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny

Miejscowość i data: [miejscowość], dnia [dd-mm-rrrr]

Strona 1 z 2

Strona A – wnioskodawca: imię i nazwisko [do uzupełnienia], PESEL albo data urodzenia [do uzupełnienia], adres zamieszkania [do uzupełnienia], telefon lub e-mail [do uzupełnienia].

Strona B – płatnik składek: nazwa płatnika albo imię i nazwisko [do uzupełnienia], NIP lub REGON albo inny identyfikator [do uzupełnienia], adres siedziby [do uzupełnienia].

§1. Dane osoby chorej: imię i nazwisko [do uzupełnienia], PESEL albo data urodzenia [do uzupełnienia], stopień pokrewieństwa albo relacja rodzinna [do uzupełnienia], adres pobytu w czasie opieki [do uzupełnienia].

§2. Okres sprawowania opieki: wnoszę o uwzględnienie okresu od [dd-mm-rrrr] do [dd-mm-rrrr]; liczba dni opieki według moich danych: [do uzupełnienia].

§3. Miejsce sprawowania opieki: opieka była sprawowana pod adresem [do uzupełnienia]; jeżeli miejsce zmieniało się w trakcie opieki, wskazuję dodatkowe miejsce [do uzupełnienia].

§4. Oświadczenie o zgodności danych: oświadczam, że dane wpisane do niniejszego szkicu są zgodne z dokumentami źródłowymi i zostały porównane z pozostałymi załącznikami do sprawy.

§5. Oświadczenie o właściwości formularza: potwierdzam, że przed złożeniem sprawdziłem lub sprawdziłam, czy mój przypadek dotyczy formularza ZUS Z-15B, a nie innego druku opiekuńczego.

§6. Sposób wypłaty świadczenia: proszę o wypłatę na rachunek bankowy [numer rachunku do uzupełnienia] albo zgodnie z dotychczasowym sposobem wypłaty [do uzupełnienia].

§7. Informacje dodatkowe: zmiana płatnika składek, nowy okres zatrudnienia, kolejny okres opieki albo inne informacje wymagające wyjaśnienia [do uzupełnienia].

Strona 2 z 2

§8. Załącznik nr 1: kopia lub dane dokumentu potwierdzającego okoliczności opieki [do uzupełnienia].

§9. Załącznik nr 2: dokument albo informacja od płatnika składek potrzebna do obiegu sprawy [do uzupełnienia].

§10. Załącznik nr 3: dodatkowe oświadczenie albo inny dokument wymagany w konkretnej sytuacji [do uzupełnienia].

§11. Lista kontrolna przed przepisaniem do druku urzędowego: sprawdzono dane wnioskodawcy [tak/nie], dane płatnika składek [tak/nie], dane osoby chorej [tak/nie], okres opieki [tak/nie], załączniki [tak/nie].

§12. Podpis wnioskodawcy: czytelny podpis [do uzupełnienia].

§13. Potwierdzenie osoby przygotowującej komplet dokumentów, jeżeli jest inna niż wnioskodawca: imię i nazwisko [do uzupełnienia], data [dd-mm-rrrr], podpis [do uzupełnienia].

Materiał ma charakter informacyjny i wymaga dopasowania do konkretnej sprawy. Przed użyciem sprawdź aktualne przepisy, dane stron, terminy, załączniki i wymaganą formę podpisu.