

**WNIOSEK
 O WYPŁATĘ NIEZREALIZOWANEGO ŚWIADCZENIA
 PO OSOBIE UPRAWNIONEJ DO ZASIŁKÓW
 Z TYTUŁU CHOROBY I MACIERZYŃSTWA ALBO ZASIŁKU POGRZEBOWEGO**

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli ubiegasz się o zasiłek, który przysługiwał osobie zmarłej.

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

Twoje dane

| | | | |
|--|--|--------------|--|
| PESEL | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | <small>Podaj, jeśli nie masz nadanego PESEL</small> | | |
| Imię | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Nazwisko | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Ulica | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Numer domu | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> | Numer lokalu | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> | Miejscowość | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | <small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small> | | |
| Numer telefonu | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | <small>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</small> | | |

Wnioskuje o wypłatę zasiłku, który przysługiwał do dnia zgonu Pani/ Panu

(poniżej podaj dane osoby zmarłej)

| | | | |
|--|---|--|--|
| PESEL | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | <small>Podaj, jeśli osoba zmarła nie miała nadanego PESEL</small> | | |
| Imię | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Nazwisko | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa osoby zmarłej w stosunku do Ciebie | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Data zgonu | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | <small>dd / mm / rrrr</small> | | |

