

**Oświadczenie / wycofanie oświadczenia
o stosowaniu pomniejszenia zaliczki o kwotę
stanowiącą 1/12, 1/24, 1/36 kwoty zmniejszającej podatek**

Pobieram/złożyłem wniosek o:

- | | |
|--|---|
| ☐ zasiłek chorobowy | ☐ zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego |
| ☐ zasiłek opiekuńczy | ☐ świadczenie rehabilitacyjne |
| ☐ zasiłek wyrównawczy | |

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie, jeżeli chcesz:

- aby zaliczka na podatek dochodowy obliczana od Twojego zasiłku chorobowego, opiekuńczego, macierzyńskiego, w wysokości zasiłku macierzyńskiego, wyrównawczego lub świadczenia rehabilitacyjnego była pomniejszana o kwotę stanowiącą 1/12, 1/24 lub 1/36 kwoty zmniejszającej podatek,
- wycofać oświadczenie o stosowaniu pomniejszenia zaliczki o kwotę stanowiącą 1/12, 1/24 lub 1/36 kwoty zmniejszającej podatek.

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

Twoje dane

PESEL											
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość											
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL										
Data urodzenia											
	dd		/		mm		/		rrrr		
	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										

Zakres oświadczenia

1. Wnoszę o stosowanie pomniejszenia zaliczki o kwotę stanowiącą:

- ☐ 1/12 kwoty zmniejszającej podatek
- ☐ 1/24 kwoty zmniejszającej podatek
- ☐ 1/36 kwoty zmniejszającej podatek

2. Wycofuję oświadczenie o stosowaniu pomniejszenia zaliczki na podatek

☐

Wycofuję oświadczenie o stosowaniu pomniejszenia zaliczki na podatek za rok

od miesiąca, w którym

składałam oświadczenie, albo od następnego miesiąca, jeżeli w miesiącu, w którym składałam oświadczenie, nie może ono zostać uwzględnione.

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

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Czytelny podpis

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>