ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZAS-24

Zaświadczenie
o okresach wypłaconego/przysługującego zasiłku macierzyńskiego

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie, jeśli wypłaciłeś część zasiłku macierzyńskiego matce, ojcu lub innemu najbliższemu członkowi rodziny dziecka.

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

Dane płatnika składek

NIP

REGON

Podaj, jeśli nie podałeś NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL

Nazwa albo imię i 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 osoby ubezpieczonej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu | Numer lokalu

Kod pocztowy | Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Okres przysługującego/wypłaconego zasiłku macierzyńskiego

☐ matce dziecka ☐ ojcu dziecka / innemu członkowi najbliższej rodziny

1. Matce dziecka

przysługiwał zasiłek macierzyński od (Podaj datę od) do (Podaj datę do)

w wysokości (Podaj stawkę procentową)

wypłacono zasiłek macierzyński od (Podaj datę od) do (Podaj datę do)

wypłacono zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

☐ TAK ☐ NIE

od (Podaj datę od) do (Podaj datę do)

w wysokości (Podaj stawkę procentową)

Liczba części wypłaconego zasiłku ☐

2. Ojcu dziecka lub innemu członkowi najbliższej rodziny dziecka

przysługiwał zasiłek macierzyński od (Podaj datę od) do (Podaj datę do)

w wysokości (Podaj stawkę procentową)

wypłacono zasiłek macierzyński od (Podaj datę od) do (Podaj datę do)

wypłacono zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

☐ TAK ☐ NIE

od ☐☐☐☐☐☐☐☐ do ☐☐☐☐☐☐☐☐

Podaj datę od Podaj datę do

w wysokości ☐

Podaj stawkę procentową

Liczba części wypłaconego zasiłku ☐

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

Data ☐☐☐☐☐☐☐☐

dd / mm / rrrr

Podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia, numer telefonu.

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