

Wniosek o zasiłek macierzyński

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli ubiegasz się o zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Wniosek ten wypełnij również, jeśli ubiegasz się o zasiłek macierzyński łącznie za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz za okres urlopu rodzicielskiego.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Jeśli wnioskujesz jednocześnie o zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz za okres urlopu rodzicielskiego, w sekcji „Zakres wniosku” podaj liczbę tygodni, przez którą chcesz otrzymywać zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego, oraz wypełnij sekcję „Oświadczenie”.

Twoje dane

PESEL	<input type="text"/>											
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	dd		/		mm		/		rrrr			
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL											
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>											
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL											
Imię	<input type="text"/>											
Nazwisko	<input type="text"/>											
Ulica	<input type="text"/>											
Numer domu	<input type="text"/>				Numer lokalu	<input type="text"/>						
Kod pocztowy	<input type="text"/>				Miejscowość	<input type="text"/>						
Nazwa państwa	<input type="text"/>											
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski											
Numer telefonu	<input type="text"/>											
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To jest pole dobrowolne											

Dane płatnika składek

NIP	<input type="text"/>													
REGON	<input type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP													
PESEL	<input type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON													
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL													
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>													

4. sytuacją matki dziecka/ dzieci:

- skróceniem przez matkę okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni po porodzie
- przerwaniem na wniosek matki okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu jej pobytu w szpitalu po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 8 tygodni po porodzie; o wypisaniu matki ze szpitala zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku
- przerwaniem przez matkę okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu posiadania orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- podjęciem pracy przez matkę w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego etatu; o ustaniu zatrudnienia matki zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku
- porzuceniem dziecka/ dzieci przez matkę
- śmiercią matki

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Podaj datę

Dane matki dziecka

Podaj dane matki: imię i nazwisko oraz PESEL, a jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości i datę urodzenia

5. wypisaniem ze szpitala:

- mnie dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Podaj datę

Oświadczenie

Wypełnij, jeśli ubiegasz się łącznie o zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego oraz zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

Drugi rodzic dziecka/ dzieci będzie korzystał z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego

- TAK NIE

Jeśli TAK

Podaj okres od-do

Dane drugiego rodzica

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o tym płatnika zasiłku.

Data

dd / mm / rrrr

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>