

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 style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Data urodzenia | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | dd / mm / rrrr | |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL | |
| Imię | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Nazwisko | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Ulica | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Numer domu | <input style="width: 50%;" type="text"/> | Numer lokalu <input style="width: 50%;" type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input style="width: 50%;" type="text"/> | Miejscowość <input style="width: 50%;" type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski | |
| Numer telefonu | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To jest pole dobrowolne | |

Dane płatnika składek

| | |
|--|--|
| NIP | <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| REGON | <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP |
| PESEL | <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL |
| Nazwa albo imię i nazwisko | <input style="width: 80%;" 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
- posiadaniem przez matkę orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym
- 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

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>