

Wniosek o zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli ubiegasz się o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego, jeśli o zasiłek macierzyński za okres tego urlopu występujesz w trakcie wypłaty zasiłku macierzyńskiego albo po przerwie w jego pobieraniu.

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

Twoje dane

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

 Rodzaj, seria i numer dokumentu
 potwierdzającego tożsamość

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

Dane płatnika składek

NIP

REGON

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON

 Rodzaj, seria i numer dokumentu
 potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

Rachunek bankowy

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli go nie wypełnisz, zasiłek ten wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

Zakres wniosku

Proszę o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego

Podaj datę od–do

Podaj wymiar w tygodniach

Wnioskuje o zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego z powodu:

- urodzenia dziecka/ dzieci
- przyjęcia na wychowanie dziecka/ dzieci
- przerwania na wniosek matki dziecka/ dzieci okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu jej pobytu w szpitalu
- posiadania przez matkę dziecka/ dzieci orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym
- porzucenia dziecka/ dzieci przez matkę
- śmierci matki dziecka/ dzieci
- podjęcia przez matkę dziecka/ dzieci pracy w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego etatu; o ustaniu zatrudnienia matki dziecka/ dzieci zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku
- wypisania ze szpitala mnie dziecka

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

dd / mm / rrrr
Podaj datę

Dane dziecka/ dzieci:

Podaj dane dziecka/ dzieci: imię i nazwisko oraz datę i miejsce urodzenia

Informuję, że:

- Wnioskuje o pierwszą część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego (należy wypełnić w razie występowania o pierwszą część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego);
- Wnioskuje o kolejną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego (należy wypełnić w razie występowania o kolejną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego)

1. Bezpośrednio przed okresem wskazanym we wniosku zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
(należy wypełnić w razie występowania o pierwszą część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego)

pobrałem TAK NIE

pobrał drugi rodzic/ inny członek najbliższej rodziny dziecka TAK NIE

2. Przed okresem wskazanym we wniosku zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego (należy wypełnić w razie występowania o kolejną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego)

pobierałem TAK NIE
Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

pobierał drugi rodzic/ inny członek najbliższej rodziny dziecka TAK NIE
Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

3. W okresie wskazanym we wniosku drugi rodzic będzie jednocześnie korzystał z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego

TAK NIE
Jeśli **TAK**, podaj okres od–do oraz wymiar w tygodniach

Dane identyfikacyjne drugiego rodzica/ innego członka najbliższej rodziny

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

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli zmienią się, 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>