

WNIOSEK O SKRÓCENIE LUB WSTRZYMANIE OKRESU WYPŁATY ZASIŁKU MACIERZYŃSKIEGO

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli chcesz skrócić lub wstrzymać okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu:

- 1) Twojego powrotu do pracy po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 2) pobytu dziecka w szpitalu bądź Twojego pobytu w szpitalu po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 3) posiadania orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 4) Twojego powrotu do pracy z powodu wypisania matki dziecka ze szpitala i podjęcia przez nią wypłaty zasiłku macierzyńskiego,
- 5) rezygnacji z wychowania i oddania dziecka/ dzieci w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane wnioskodawcy

PESEL

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

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Dane płatnika składek

NIP

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

Nazwa albo imię i nazwisko płatnika składek

Zakres wniosku

Proszę o wstrzymanie od dnia

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

 wypłaty zasiłku macierzyńskiego,

Podaj datę (dd/mm/rrrr)

do którego jestem uprawniony

--

Podaj datę od-do

Z powodu:

- mojego powrotu do pracy po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni okresu pobierania zasiłku po porodzie
- mojego pobytu w szpitalu po wykorzystaniu przeze mnie co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- pobytu dziecka w szpitalu po wykorzystaniu przeze mnie co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- przerwania przeze mnie 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
- rezygnacji z wychowywania i oddania dziecka/ dzieci w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka:

Dane dziecka/ dzieci:

--

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

- mojego powrotu do pracy z uwagi na wypisanie matki dziecka ze szpitala i podjęcie wypłaty przysługującego jej zasiłku macierzyńskiego

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich 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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>