

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.

Zasiłek ten przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, niezależnie od tego, jak długo są ubezpieczone.

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
5. 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”

Dane wnioskodawcy

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu
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"/>
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Zakres wniosku

Wnioskuję o zasiłek macierzyński za okres:

<input type="checkbox"/>	urlopu macierzyńskiego	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego	
		Podaj okres (od–do)
<input type="checkbox"/>	bezpośrednio po nim, za okres urlopu rodzicielskiego	<input type="text"/>
		Podaj wymiar w tygodniach

Wnioskuje o zasiłek macierzyński, w związku z:

1. urodzeniem dziecka/ dzieci przyjęciem na wychowanie dziecka/ dzieci
Podaj datę (dd/mm/rrrr)

Dane dziecka/ dzieci:

--

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

2. przewidywaną datą porodu
Podaj datę (dd/mm/rrrr)

3. urodzeniem dziecka/ dzieci po ustaniu zatrudnienia; Mój pracodawca:
- ogłosił upadłość
 - ogłosił likwidację
 - rozwiązał ze mną umowę o pracę z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu

Dane dziecka/ dzieci:

--

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

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 przez matkę pracy w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego etatu; o ustaniu zatrudnienia matki zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku
 - porzuceniem dziecka/ dzieci przez matkę
 - śmiercią matki

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

Podaj datę (dd/mm/rrrr)

Dane matki dziecka/ dzieci:

--

Podaj dane matki: imię i nazwisko oraz PESEL, jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

5. wypisaniem ze szpitala: mnie dziecka

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

Podaj datę (dd/mm/rrrr)

Oświadczenie

Wypełnij, jeśli ubiegasz się o zasiłek macierzyński łącznie za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz 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

Zasiłek proszę przekazać na rachunek bankowy

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

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Jeżeli te dane zmieniają się, 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: <https://bip.zus.pl/rodo>