

WNIOSEK O ZASIŁEK MACIERZYŃSKI ZA OKRES URLOPU OJCOWSKIEGO

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli ubiegasz się o zasiłek macierzyński za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego (do 2 tygodni).

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

Twoje dane

| | | | |
|--|--|--------------|---|
| PESEL | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Data urodzenia | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | dd / mm / rrrr | | |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL | | |
| Imię | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Nazwisko | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Ulica | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| Numer domu | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | Numer lokalu | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | Miejscowość | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski | | |
| Numer telefonu | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne | | |

Dane płatnika składek

| | | | |
|--|---|--|--|
| NIP | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| REGON | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP | | |
| PESEL | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL | | |
| Nazwa albo imię i nazwisko | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | |

