

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. Poła wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

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"/>

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
- zmarł

Dane dziecka/dzieci:

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

Oświadczam, że dziecko/dzieci

Podaj imię/imiona dziecka/dzieci

posiada/posiadają zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

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 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/dzieci:

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 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

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

Podpis

Zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zarówno ubezpieczony, jak i płatnik składek mogą wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wydanie decyzji w sprawie ustalenia prawa do zasiłku.

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>