

## 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, jeżeli ubiegasz się o zasiłek macierzyński łącznie za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz za okres urlopu rodzicielskiego.

Wypełnij ten wniosek również, jeżeli ubiegasz się o zasiłek macierzyński za okres uzupełniającego urlopu macierzyńskiego.

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%; height: 20px;" type="text"/>	
Data urodzenia	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<b>dd / mm / rrrr</b>	
	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: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość <input style="width: 50%; 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 jest pole 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"/>

---

## Rachunek bankowy

---

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

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

## Zakres wniosku

---

Wnioskuje o zasiłek macierzyński za okres:

urlopu macierzyńskiego

urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego

urlopu rodzicielskiego

uzupełniającego urlopu macierzyńskiego

Podaj okres (od-do)

Podaj okres (od-do)

Podaj okres (od-do)

Podaj datę zakończenia okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego / urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego

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

Informuję, że zamierzam skorzystać z pełnego wymiaru urlopu macierzyńskiego / urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem i co najmniej jeden dzień urlopu rodzicielskiego przypadać będzie w pierwszym roku życia dziecka

---

## Wnioskuje o zasiłek macierzyński w związku z:

---

1.  urodzeniem dziecka/dzieci
- przyjęciem na wychowanie dziecka/dzieci i wystąpieniem do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia
- przyjęciem na wychowanie dziecka/dzieci w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej

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

Podaj datę przyjęcia na wychowanie dziecka/dzieci

## 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”

2.  przewidywaną datą porodu

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

dd / mm / rrrr

Podaj datę

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.  urodzeniem dziecka i jego pobytem w szpitalu (uzupełniający urlop macierzyński)

urodzenie dziecka przed ukończeniem 28 tygodnia ciąży

masa urodzeniowa dziecka nie większa niż 1000 g

urodzenie dziecka po ukończeniu 28. tygodnia ciąży i przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży i z masą urodzeniową większą niż 1000 g

urodzenie dziecka po ukończeniu 37 tygodnia ciąży i pobyt dziecka w szpitalu co najmniej 2 kolejne dni przy czym pierwszy z tych dni przypadał w okresie od 5 do 28 dnia po porodzie

Okres pobytu dziecka w szpitalu

Podaj okres (od–do)

**Dane dziecka/dzieci:**

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

5.  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

6.  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. Wypełnij również jeśli ubiegasz się o zasiłek macierzyński za okres uzupełniającego urlopu macierzyńskiego.

Drugi rodzic dziecka/dzieci będzie korzystał z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego / uzupełniającego urlopu macierzyńskiego

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>