

### Wniosek o

- zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego**
- zasiłek wyrównawczy**

#### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli:

- jesteś w ciąży i Twój pracodawca rozwiązał z Tobą umowę o pracę z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy,
- jesteś w ciąży i Twoja umowa o pracę wygasła z powodu śmierci pracodawcy,
- z powodu stanu zdrowia odbywasz rehabilitację zawodową i Twoje miesięczne wynagrodzenie w czasie rehabilitacji zawodowej jest niższe niż wynagrodzenie, które osiągałaś przed jej rozpoczęciem.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Poła wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Jeśli ubiegasz się o zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego, w sekcji *Zakres wniosku* wypełnij pkt 1. Jeśli ubiegasz się o zasiłek wyrównawczy, w sekcji *Zakres wniosku* wypełnij pkt 2.

#### Twoje dane

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To jest pole dobrowolne

## Dane płatnika składek

NIP

REGON   
Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP

PESEL   
Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

## 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

1. Wnioskuje o zasiłek macierzyński w wysokości zasiłku macierzyńskiego od

dd / mm / rrrr  
Podaj datę od

Oświadczam, że:

nie zapewniono mi innego zatrudnienia

zapewniono mi inne zatrudnienie

2. Wnioskuje o zasiłek wyrównawczy od

dd / mm / rrrr  
Podaj datę od

do

dd / mm / rrrr  
Podaj datę do

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeśli 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>