

Oświadczenie o przyjęciu na wychowanie dziecka do ustalenia prawa do zasiłku macierzyńskiego

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie, jeżeli ubiegasz się o zasiłek macierzyński z powodu przyjęcia na wychowanie dziecka/dzieci.

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

Twoje dane

| | |
|--|--|
| PESEL | <input type="text"/> |
| Data urodzenia | <input type="text"/> |
| | dd / mm / rrrr |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL |
| 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"/> |
| | Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne |

Dane płatnika składek

| | |
|--|--|
| NIP | <input type="text"/> |
| REGON | <input type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP |
| PESEL | <input type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/> |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL |
| Nazwa albo imię i nazwisko | <input type="text"/> |

Oświadczenie

Oświadczam, że przyjąłem na wychowanie dziecko/dzieci w dniu

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Podaj datę (dd/mm/rrrr)

jako rodzina zastępcza

wystąpiłem do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka/dzieci w dniu

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Podaj datę (dd/mm/rrrr)

Dane dziecka/dzieci:

| |
|--|
| |
|--|

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

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu 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>