

## Oświadczenie, że matka dziecka pobiera zasiłek macierzyński w okresie 8 tygodni po porodzie

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie, jeśli ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy ponieważ sprawujesz opiekę nad dzieckiem nowo narodzonym, w okresie 8 tygodni od jego narodzin, ponieważ matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński:

- przebywa w szpitalu,
- porzuciła dziecko,
- ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- ma orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym.

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 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 matka dziecka pobiera zasiłek macierzyński w okresie 8 tygodni po porodzie.

### Dane matki dziecka

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli matka dziecka nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

### Dane dziecka/dzieci

Podaj dane dziecka/dzieci: imię i nazwisko oraz numer PESEL, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj datę urodzenia, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich 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>