

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.

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

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

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 Twój 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	

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>