ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZUR

Wniosek
o zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli ubiegasz się o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego, jeśli o zasiłek macierzyński za okres tego urlopu występujesz w trakcie wypłaty zasiłku macierzyńskiego albo po przerwie w jego pobieraniu.

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 pole jest 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 macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli go nie wypełnisz, zasiłek ten wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

Zakres wniosku

Proszę o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego

Podaj datę od–do

☐ 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

Wnioskuję o zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego z powodu:

☐ urodzenia dziecka/dzieci

☐ przyjęcia na wychowanie dziecka/dzieci i wystąpieniem do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia

☐ przyjęcia na wychowanie dziecka/dzieci w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej

☐ przerwania na wniosek matki dziecka/dzieci okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu jej pobytu w szpitalu

☐ posiadania przez matkę dziecka/dzieci orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym

☐ porzucenia dziecka/dzieci przez matkę

☐ śmierci matki dziecka/dzieci

☐ podjęcia przez matkę dziecka/dzieci pracy w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego etatu; o ustaniu zatrudnienia matki dziecka/dzieci zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku

☐ wypisania ze szpitala ☐ mnie ☐ dziecka

dd / mm / rrrr

Podaj datę

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”

Informuję, że:

☐ Wnioskuję o pierwszą część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego (należy wypełnić w razie występowania o pierwszą część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego);

☐ Wnioskuję o kolejną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego (należy wypełnić w razie występowania o kolejną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego)

1. Przed okresem wskazanym we wniosku zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
(należy wypełnić w razie występowania o pierwszą część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego)

pobierałem ☐ TAK ☐ NIE

pobierał drugi rodzic / inny członek najbliższej rodziny dziecka ☐ TAK ☐ NIE

2. Przed okresem wskazanym we wniosku zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego
(należy wypełnić w razie występowania o kolejną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego)

pobierałem ☐ TAK ☐ NIE _____
Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

pobierał drugi rodzic / inny członek najbliższej rodziny dziecka ☐ TAK ☐ NIE _____
Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

3. W okresie wskazanym we wniosku drugi rodzic będzie jednocześnie korzystał z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego

☐ TAK ☐ NIE _____
Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

Dane identyfikacyjne drugiego rodzica / innego członka najbliższej rodziny

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość _____
Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Data urodzenia ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
dd / mm / rrrr
Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię _____

Nazwisko _____

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli zmienią się, 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