

WNIOSEK
O ZASIŁEK MACIERZYŃSKI

MIEJSCE ZŁOŻENIA PISMA

01. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH - ODDZIAŁ / INSPEKTORAT w:

[Grid for address]

DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIOBIORCY

01. Numer PESEL (1)

[Grid for PESEL number]

02. Rodzaj dokumentu
tożsamości: jeśli dowód
osobisty, wpisać 1, jeśli
paszport - 2

[Grid for document type]

03. Seria i numer dokumentu

[Grid for document serial and number]

04. Nazwisko

[Grid for surname]

05. Imię

[Grid for first name]

06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

[Grid for date of birth]

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE ŚWIADCZENIOBIORCY - ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy

[Grid for postal code]

02. Poczta

[Grid for post office]

03. Gmina / Dzielnica

[Grid for municipality/district]

04. Miejscowość

[Grid for locality]

05. Ulica

[Grid for street name]

06. Numer domu

[Grid for house number]

07. Numer lokalu

[Grid for apartment number]

08. Numer telefonu (1)

[Grid for phone number]

09. Symbol państwa (2)(3)

[Grid for country symbol]

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

[Grid for foreign postal code]

11. Nazwa państwa (2)

[Grid for country name]

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

DANE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1)

[Grid for NIP number]

02. Nazwa skrócona (1)

[Grid for shortened name]

03. Nazwisko (1)

[Grid for surname]

04. Imię pierwsze (1)

[Grid for first name]

(1) Należy wpisać numer NIP albo nazwę płatnika składek lub imię i nazwisko płatnika składek.

Składam wniosek o przyznanie zasiłku macierzyńskiego: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

1. w związku z: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

urodzeniem

przyjęciem w dniu:

Data (dd / mm / rrrr):

[Grid for date]

na wychowanie

dziecka / dzieci:

DANE DZIECKA 1:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

[Grid for child's date of birth]

DANE DZIECKA 2:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 3:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 4:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

2. w związku z przewidywaną datą porodu: Przewidywana data porodu (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

za okres od dnia: Data od (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

3. w związku z urodzeniem po ustaniu zatrudnienia z powodu: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

ogłoszenia upadłości pracodawcy

likwidacji pracodawcy

rozwiązania umowy o pracę z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu

dziecka / dzieci:

DANE DZIECKA 1:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 2:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 3:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 4:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

4. w związku ze: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- skróceniem przez matkę dziecka okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni po porodzie
- przerwaniem na wniosek matki dziecka okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu jej pobytu w szpitalu po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 8 tygodni po porodzie
- śmiercią matki dziecka
- porzuceniem dziecka przez matkę

Data od (dd / mm / rrrr):

za okres od dnia:

DANE MATKI DZIECKA:

Numer PESEL: (1)

Rodzaj dokumentu tożsamości:

jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

Seria i numer dokumentu:

Nazwisko:

Imię:

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

5. w związku z wypisaniem ze szpitala: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- mnie dziecka

Data od (dd / mm / rrrr):

za okres od dnia:

Proszę o przekazanie świadczenia na poniższy rachunek: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

w banku: w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:

Numer rachunku:

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis)

INFORMACJA

1. Zasiłek macierzyński przysługuje na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010r. nr 77, poz.512 ze zm.)

2. Do wniosku o zasiłek macierzyński należy dołączyć dokumenty określone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2012r. poz.444)