

**Oświadczenie/ wycofanie oświadczenia
o stosowaniu pomniejszenia zaliczki o kwotę
stanowiącą 1/24, 1/36 kwoty zmniejszającej podatek**

Pobieram/ złożyłem wniosek o:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy | <input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego |
| <input type="checkbox"/> zasiłek opiekuńczy | <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne |
| <input type="checkbox"/> zasiłek wyrównawczy | |

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie, jeżeli chcesz:

- aby zaliczka na podatek dochodowy obliczana od Twojego zasiłku chorobowego, opiekuńczego, macierzyńskiego, w wysokości zasiłku macierzyńskiego, wyrównawczego lub świadczenia rehabilitacyjnego była pomniejszana o kwotę stanowiącą 1/24 lub 1/36 kwoty zmniejszającej podatek,
- wycofać oświadczenie o stosowaniu pomniejszenia zaliczki o kwotę stanowiącą 1/24 lub 1/36 kwoty zmniejszającej podatek.

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

Twoje dane

PESEL

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

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

--

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Data urodzenia

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

dd / mm / rrrr

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

Zakres oświadczenia

1. Wnoszę o stosowanie pomniejszenia zaliczki o kwotę stanowiącą:

1/24 kwoty zmniejszającej podatek

1/36 kwoty zmniejszającej podatek

2. Wycofuję oświadczenie o stosowaniu pomniejszenia zaliczki na podatek

Wycofuję oświadczenie o stosowaniu pomniejszenia zaliczki na podatek za rok

od miesiąca, w którym

składam oświadczenie, albo od następnego miesiąca, jeżeli w miesiącu, w którym składam oświadczenie, nie może ono zostać uwzględnione.

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

Data

<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			

Czytelny podpis

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>