

WNIOSEK O

- ZASIŁEK W WYSOKOŚCI ZASIŁKU MACIERZYŃSKIEGO**
 ZASIŁEK WYRÓWNAWCZY

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli:

- jesteś w ciąży i Twój pracodawca rozwiązał z Tobą umowę o pracę z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy,
- jesteś w ciąży i Twoja umowa o pracę wygasła z powodu śmierci pracodawcy,
- z powodu stanu zdrowia odbywasz rehabilitację zawodową i Twoje miesięczne wynagrodzenie w czasie rehabilitacji zawodowej jest niższe niż wynagrodzenie, które osiągałeś przed jej rozpoczęciem.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Jeśli ubiegasz się o zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego, w sekcji *Zakres wniosku* wypełnij pkt 1.
Jeśli ubiegasz się o zasiłek wyrównawczy, w sekcji *Zakres wniosku* wypełnij pkt 2.

Twoje dane

PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Data urodzenia	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	dd / mm / rrrr	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL	
Imię	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Numer domu	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu
	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość
	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski	
Numer telefonu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	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

Rachunek bankowy

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

Zakres wniosku

1. Wnioskuje o zasiłek macierzyński w wysokości zasiłku macierzyńskiego od

dd / mm / rrrr

Podaj datę od

Oświadczam, że:

nie zapewniono mi innego zatrudnienia

zapewniono mi inne zatrudnienie

2. Wnioskuje o zasiłek wyrównawczy od

dd / mm / rrrr

Podaj datę od

do

dd / mm / rrrr

Podaj datę do

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeśli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o tym płatnika zasiłku.

Data

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>