

**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,
- 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 type="text"/>										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>										
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL										
Imię	<input type="text"/>										
Nazwisko	<input type="text"/>										
Ulica	<input type="text"/>										
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>								
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>								
Nazwa państwa	<input type="text"/>										
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski										
Numer telefonu	<input type="text"/>										
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie										

**Dane płatnika składek**

NIP	<input type="text"/>														
REGON	<input type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP														
PESEL	<input type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON														
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL														
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>														

