

## Zaświadczenie o okresach wypłaconego/ przysługującego zasiłku macierzyńskiego

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie, jeśli wypłaciłeś część zasiłku macierzyńskiego matce, ojcu lub innemu najbliższemu członkowi rodziny dziecka.

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

### Dane płatnika składek

NIP	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
REGON	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie podałeś NIP														
PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON														
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL														
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
Numer domu	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>												
Kod pocztowy	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
	Podaj, jeśli Twój 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 pole jest dobrowolne														

### Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL														
Data urodzenia	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
	<b>dd / mm / rrrr</b> Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL														
Imię	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
Nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

## Okres przysługującego/ wypłaconego zasiłku macierzyńskiego

matce dziecka  ojcu dziecka/ innemu członkowi najbliższej rodziny

### 1. Matce dziecka

przysługiwał zasiłek macierzyński od  do   
Podaj datę od Podaj datę do

w wysokości   
Podaj stawkę procentową

wypłacono zasiłek macierzyński od  do   
Podaj datę od Podaj datę do

wypłacono zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

TAK  NIE

od  do   
Podaj datę od Podaj datę do

w wysokości   
Podaj stawkę procentową

Liczba części wypłaconego zasiłku

### 2. Ojcu dziecka lub innemu członkowi najbliższej rodziny dziecka

przysługiwał zasiłek macierzyński od  do   
Podaj datę od Podaj datę do

w wysokości   
Podaj stawkę procentową

wypłacono zasiłek macierzyński od  do   
Podaj datę od Podaj datę do

wypłacono zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego

TAK

NIE

od   
Podaj datę od

do   
Podaj datę do

w wysokości   
Podaj stawkę procentową

Liczba części wypłaconego zasiłku

**Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o tym 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			

\_\_\_\_\_  
Podpis upoważnionego pracownika  
oraz pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko

Zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 1732, z późn. zm.) 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>