

Oświadczenie, że matka dziecka pobiera zasiłek macierzyński w okresie 8 tygodni po porodzie

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie, jeśli ubiegasz się o zasiłek opiekuńczy ponieważ sprawujesz opiekę nad dzieckiem nowo narodzonym, w okresie 8 tygodni od jego narodzin, ponieważ matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński:

- przebywa w szpitalu,
- porzuciła dziecko,
- ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- ma orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym.

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

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			
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Nazwa państwa			
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		
Numer telefonu			
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne		

Dane płatnika składek

NIP	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
REGON	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP		
PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
	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			

Oświadczenie:

Oświadczam, że matka dziecka pobiera zasiłek macierzyński w okresie 8 tygodni po porodzie.

Dane matki dziecka

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli matka dziecka nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Dane dziecka/ dzieci

Podaj dane dziecka/ dzieci: imię i nazwisko oraz numer PESEL, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL, podaj datę urodzenia, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

Data

dd / mm / rrrr

Podpis

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>