



pieczęć wpływu do KRUS

## WNIOSZEK O ZASIŁEK MACIERZYŃSKI

### Instrukcja wypełniania:

1. Zanim wypełnisz wniosek zapoznaj się z dołączoną instrukcją
2. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X
4. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

### Wnoszę o przyznanie zasiłku macierzyńskiego w związku z:

- |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> urodzeniem dziecka/ dzieci                                                                                                | <input type="checkbox"/> przerwaniem na wniosek matki dziecka wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu jej pobytu w szpitalu po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 8 tygodni po porodzie |
| <input type="checkbox"/> przysposobieniem dziecka/ dzieci                                                                                          | <input type="checkbox"/> śmiercią matki                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> przyjęciem na wychowanie dziecka/ dzieci                                                                                  | <input type="checkbox"/> porzuceniem dziecka/ dzieci przez matkę                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> skróceniem przez matkę dziecka okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni po porodzie |                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> pobytem w szpitalu                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                    |

w dniu/ od dnia   -   -

dd mm rrrr

### DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko	<input type="text"/>
Imiona	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe (wg aktu urodzenia)	<input type="text"/>
Imiona rodziców	<input type="text"/>
Stan cywilny	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>

Podaj jeżeli nie masz numeru PESEL

Numer telefonu/ adres poczty elektronicznej

(Podaj nr telefonu lub adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie)

**Adres zamieszkania:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica	nr domu	nr lokalu	miejsowość	kod pocztowy	poczta

**Adres do korespondencji** (wypełnij, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica	nr domu	nr lokalu	miejsowość	kod pocztowy	poczta

**DANE DRUGIEGO RODZICA/ OPIEKUNA:**

Nazwisko  
Imiona  
Nazwisko rodowe (wg aktu urodzenia)  
Imiona rodziców  
Stan cywilny

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Data urodzenia

<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			

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj jeżeli nie masz numeru PESEL

Numer telefonu/ adres poczty elektronicznej

(Podaj nr telefonu lub adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie)

**Adres zamieszkania:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica	nr domu	nr lokalu	miejsowość	kod pocztowy	poczta

**DANE DZIECKA/ DZIECI:**

---

**DZIECKO - 1**

Nazwisko	<input type="text"/>
Imiona	<input type="text"/>

Data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dd		mm		rrrr			

PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**DZIECKO - 2**

Nazwisko	<input type="text"/>
Imiona	<input type="text"/>

Data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dd		mm		rrrr			

PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**DZIECKO - 3**

Nazwisko	<input type="text"/>
Imiona	<input type="text"/>

Data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dd		mm		rrrr			

PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**DZIECKO - 4**

Nazwisko	<input type="text"/>
Imiona	<input type="text"/>

Data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dd		mm		rrrr			

PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

---

1. JESTEM:

Rolnikiem

Domownikiem

Rencistą

2. PODLEGAM UBEZPIECZENIU EMERYTALNO-RENTOWEMU:

TAK

NIE

3. ZŁOŻYŁAM(EM) WNIOSEK O/ POBIERAM\* :

zasiłek macierzyński

inne świadczenie na warunkach zasiłku macierzyńskiego

świadczenie rodzicielskie

TAK

NIE

Jeżeli tak, to należy podać datę:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		mm		rrrr		

Podaj nazwę i adres instytucji

4. DRUGI RODZIC/ OPIEKUN ZŁOŻYŁ WNIOSEK O/ POBIERA\* :

zasiłek macierzyński

inne świadczenie na warunkach zasiłku macierzyńskiego

świadczenie rodzicielskie

TAK

NIE

Jeżeli tak, to należy podać datę:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd		mm		rrrr		

Podaj nazwę i adres instytucji

\*) Niepotrzebne skreślić

