

DANE DZIECKA 2:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 3:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 4:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

i oddania go (ich) w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka,

☐ moim powrotem do pracy z uwagi na wypisanie matki dziecka ze szpitala i podjęcia wypłaty przysługującego jej zasiłku macierzyńskiegoproszę o wstrzymanie od dnia:

--	--	--	--	--	--	--	--

 wypłaty zasiłku macierzyńskiego, do którego jestemuprawniona / uprawniony od:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Data do (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

 do:

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis)

INFORMACJA

1. Zasiłek macierzyński przysługuje na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010r. nr 77, poz.512 ze zm.)

2. Do wniosku o skrócenie/wstrzymanie okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego, należy dołączyć dokumenty określone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2012r. poz.444)