



**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):

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

2.  w związku z przewidywaną datą porodu: Przewidywana data porodu (dd / mm / rrrr):

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

za okres od dnia: Data od (dd / mm / rrrr):

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

3.  w związku z urodzeniem po ustaniu zatrudnienia z powodu: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

ogłoszenia upadłości pracodawcy

likwidacji pracodawcy

rozwiązania umowy o pracę z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu

dziecka / dzieci:

**DANE DZIECKA 1:**

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

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

**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):

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

4.  w związku ze: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- skróceniem przez matkę dziecka okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni po porodzie
- przerwaniem na wniosek matki dziecka okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu jej pobytu w szpitalu po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 8 tygodni po porodzie
- śmiercią matki dziecka
- porzuceniem dziecka przez matkę

Data od (dd / mm / rrrr):

za okres od dnia:

**DANE MATKI DZIECKA:**

Numer PESEL: (1)

Rodzaj dokumentu tożsamości:

jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

Seria i numer dokumentu:

Nazwisko:

Imię:

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

5.  w związku z wypisaniem ze szpitala: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- mnie  dziecka

Data od (dd / mm / rrrr):

za okres od dnia:

Proszę o przekazanie świadczenia na poniższy rachunek: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

w banku:  w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:

Numer rachunku:

(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 zasiłek macierzyński 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)