

## Wniosek o skrócenie lub wstrzymanie okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli chcesz skrócić lub wstrzymać okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu:

- 1) Twojego powrotu do pracy po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 2) pobytu dziecka w szpitalu, bądź Twojego pobytu w szpitalu po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 3) posiadania orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 4) Twojego powrotu do pracy z powodu wypisania matki dziecka ze szpitala i podjęcia przez nią wypłaty zasiłku macierzyńskiego,
- 5) rezygnacji z wychowania i oddania dziecka/ dzieci w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka.

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

### Twoje dane

PESEL

Data urodzenia

**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 Twój 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

REGON

Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP

PESEL

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

## Zakres wniosku

Proszę o wstrzymanie od dnia

wypłaty zasiłku macierzyńskiego,

Podaj datę (dd/mm/rrrr)

do którego jestem uprawniony

Podaj datę od-do

## Z powodu:

- mojego powrotu do pracy po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni okresu pobierania zasiłku po porodzie
- mojego pobytu w szpitalu po wykorzystaniu przeze mnie co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- pobytu dziecka w szpitalu po wykorzystaniu przeze mnie co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- przerwania przeze mnie okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego z powodu posiadania orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- rezygnacji z wychowania i oddania dziecka/ dzieci w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka:

## Dane dziecka/ dzieci:

Podaj dane dziecka/ dzieci: imię i nazwisko oraz datę urodzenia

- mojego powrotu do pracy z uwagi na wypisanie matki dziecka ze szpitala i podjęcie wypłaty przysługującego jej zasiłku macierzyńskiego

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku 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>