

## WNIOSEK O SKRÓCENIE LUB WSTRZYMANIE OKRESU WYPŁATY ZASIŁKU MACIERZYŃSKIEGO

### Instrukcja wypełniania

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

- 1) Twoim powrotem do pracy po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 2) pobytem dziecka w szpitalu bądź Twoim pobytem w szpitalu po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 3) posiadaniem orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności w stopniu znacznym po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie,
- 4) Twoim powrotem do pracy z powodu wypisania matki dziecka ze szpitala i podjęciem przez nią wypłaty zasiłku macierzyńskiego,
- 5) rezygnacją z wychowania i oddaniem 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)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

### Dane wnioskodawcy

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

*Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

*Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski*

Numer telefonu

*Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie*

### Dane płatnika składek

NIP

Nazwa albo imię i nazwisko płatnika składek

## Zakres wniosku

Proszę o wstrzymanie od dnia 

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

 wypłaty zasiłku macierzyńskiego,

*Podaj datę (dd/mm/rrrr)*

do którego jestem uprawniony

--

*Podaj datę od-do*

### W związku z:

- moim powrotem do pracy po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni okresu pobierania zasiłku po porodzie
- moim pobytem w szpitalu po wykorzystaniu przeze mnie co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- pobytem dziecka w szpitalu po wykorzystaniu przeze mnie co najmniej 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie
- przerwaniem 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
- rezygnacją z wychowywania i oddaniem dziecka/ dzieci w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka:

### Dane dziecka/ dzieci:

--

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

- moim powrotem 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			

*Czytelny podpis*