………………………………………………….

miejscowość, data

.....................................................................................

imię i nazwisko pracownika

.....................................................................................

nazwa jednostki/komórki organizacyjnej

**Wniosek** **o zasiłek macierzyński**

Proszę o wypłacenie zasiłku macierzyńskiego (zaznaczyć właściwe):

[ ]  za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze w wysokości 81,5% podstawy wymiaru zasiłku.
Informuję, że zamierzam skorzystać z pełnego wymiaru urlopu macierzyńskiego / urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem i co najmniej jeden dzień urlopu rodzicielskiego przypadać będzie w pierwszym roku życia dziecka.

[ ]  w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku za okres urlopu macierzyńskiego / urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………………

Data urodzenia dziecka: ………………………………………………………………………………….

**Uwaga: wniosek o zasiłek macierzyński w wysokości 81,5% podstawy wymiaru należy złożyć nie później niż 21 dni po porodzie.**

........................................

(data i podpis pracownika)

Podstawa prawna:

art. 30a, art. 31 Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego
w razie choroby i macierzyństwa