…............................., dnia ………………… r.

/miejscowość/ /data/

……………………………………

/ imię i nazwisko /

……………………………………

/ adres zamieszkania /

……………………………………

/ miejscowość, kod /

……………………………………

/ telefon, adres mailowy /

………………………………

………………………………

………………………………

/*nazwa i adres pracodawcy / nazwa i adres oddziału ZUS*\* /

**Wniosek**

**o przeliczenie podstawy wymiaru świadczeń dla przyznanego zasiłku zgodnie z podstawą wymiaru świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez przyjęcie podstawy wymiaru zasiłku sprzed zmiany warunków pracy z uwagi na stan epidemii COVID-19**

Będąc pracownikiem …………………….…………………………. w okresie od …….. do …….. 2020 roku przebywałem na …………………………… i otrzymałem z tego tytułu zasiłek na podstawie wymiaru świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przy uwzględnieniu warunków zatrudnienia, które zostały zmienione przez pracodawcę w dniu ……………. 2020 roku poprzez ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….\*

na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywoływanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, ze zm.).

W związku z powyższym wnoszę o przyjęcie podstawy wymiaru zasiłku wypłaconego po zmianie warunków pracy w wymiarze obliczonej dla wcześniejszego zasiłku i po przeliczeniu już wypłaconego zasiłku wypłatę należnego mi świadczenia zgodnie z tą podstawą.