na wniosek Wojewody Wałbrzyskiego

za wzorowe, wyjątkowo sumienne wykonywanie obowiązków wynikających z pracy zawodowej:

ZŁOTYM KRZYŻEM ZASŁUGI

po raz drugi

97. Łój Czesław s. Władysława,

BRĄZOWYM KRZYŻEM ZASŁUGI

po raz drugi

98. Zabrzański Stanisław s. Wincentego,

BRĄZOWYM KRZYŻEM ZASŁUGI

99. Budziszewska Renata c. Henryka, 100. Burdzy Krystyna c. Stanisława, 101. Chłopecki Zdzisław s. Józefa, 102. Diduszko Stanisław s. Jana, 103. Orlicki Waldemar s. Leona, 104. Pirga Franciszek s. Michała, 105. Zadora Helena c. Juliana, 106. Zygmunt-Kulesza Alina c. Stefana.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *L. Wałęsa*

135

ZARZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 14 lutego 1995 r.

w sprawie dowodów stanowiących podstawę wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Na podstawie art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 1983 r. Nr 30, poz. 143, z 1985 r. Nr 4, poz. 15, z 1986 r. Nr 42, poz. 202, z 1989 r. Nr 4, poz. 21 i Nr 35, poz. 192, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, Nr 106, poz. 457 i Nr 110, poz. 474 oraz z 1995 r. Nr 16, poz. 77) zarządza się, co następuje.

§ 1. Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, przewidywaną datę porodu, chorobę członka rodziny powodującą konieczność sprawowania opieki, okres pobytu w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej — są odpowiednie zaświadczenia lekarskie.

§ 2. Poza dowodami, o których mowa w § 1, podstawę wypłaty zasiłków stanowią dowody określone w zarządzeniu.

§ 3. Dowodem do przedłużenia okresu wypłaty zasiłku chorobowego na dalszy okres jest orzeczenie lekarskie o pozytywnym rokowaniu do odzyskania zdolności do pracy, wystawione na druku ZUS Z-21, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia.

§ 4. Dowodami do wypłaty przez oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „oddziałem ZUS", zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy po ustaniu zatrudnienia są:

1) dokument stwierdzający datę rozwiązania stosunku pracy,
2) zaświadczenie zakładu pracy o okresach, za które wypłacone zostało wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy lub zasiłek chorobowy, zawierające również informację o numerach statystycznych chorób,
3) zaświadczenie zakładu pracy o wysokości wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku,
4) oświadczenie o niepodjęciu działalności zarobkowej i o braku uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych.

§ 5. Jeżeli druk zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy obejmuje okres, za który pracownikowi przysługuje wynagrodzenie, a następnie zasiłek chorobowy wypłacany przez oddział ZUS, zakład pracy po wypłaceniu wynagrodzenia przekazuje druk zaświadczenia do oddziału ZUS, pozostawiając w aktach potwierdzoną kopię tego zaświadczenia.

§ 6. Dowodem do wypłaty zasiłku chorobowego w razie rozwiązania stosunku pracy bez wypowiedzenia z powodu stwierdzenia nosicielstwa zarazków choroby zakaźnej, poza decyzją stwierdzającą ten fakt, wydaną na podstawie odrębnych przepisów, jest zaświadczenie rejonowego urzędu pracy o zgłoszeniu się pracownika w ciągu 7 dni od rozwiązania stosunku pracy po skierowanie do pracy i niemożności zapewnienia temu pracownikowi zatrudnienia.

§ 7. Pracownik ubiegający się o wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego składa wniosek na druku ZUS Np-7, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

§ 8. Dowodem do wypłaty zasiłku porodowego pracownicy jest skrócony odpis aktu urodzenia dziecka oraz

oświadczenie, że zasiłek ten nie został pobrany z innego tytułu.

§ 9. Dowodem do wypłaty zasiłku porodowego nie zatrudnionej żonie pracownika, poza dowodami, o których mowa w § 8, jest oświadczenie pracownika, że pozostaje z żoną we wspólności małżeńskiej.

§ 10. 1. Do wypłaty zasiłku porodowego z tytułu urodzenia dziecka po ustaniu zatrudnienia z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji zakładu pracy, poza dowodami określonymi w § 8, wymagane są:

1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan ciąży w okresie zatrudnienia,

2) zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający rozwiązanie stosunku pracy z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji zakładu pracy.

2. Jeżeli rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło z naruszeniem przepisów prawa, do wypłaty zasiłku porodowego z tytułu urodzenia dziecka po ustaniu zatrudnienia niezbędne są dowody określone w § 8 oraz:

1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan ciąży w okresie zatrudnienia,

2) zaświadczenie zakładu pracy stwierdzające, że pracownica otrzymała odszkodowanie z tytułu niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy.

§ 11. Wypłata zasiłku porodowego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie następuje na podstawie zaświadczenia sądu opiekuńczego o wystąpieniu do sądu w sprawie przysposobienia dziecka, zawierającego także informację o dacie urodzenia dziecka.

§ 12. Okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego stwierdza się na podstawie zaświadczenia zakładu pracy o okresie urlopu macierzyńskiego.

§ 13. 1. Wypłata zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji zakładu pracy następuje na podstawie dowodów określonych w § 10 ust. 1 oraz zaświadczenia zakładu pracy o wysokości wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku.

2. Dowodami do wypłaty zasiłku macierzyńskiego po rozwiązaniu stosunku pracy z naruszeniem przepisów prawa są dowody określone w § 10 ust. 2 oraz zaświadczenie zakładu pracy o wysokości wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku.

§ 14. Wypłata zasiłku macierzyńskiego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie następuje na podstawie dowodów określonych w § 11.

§ 15. Do wypłaty zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, przysługującego w razie rozwiązania umowy o pracę w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji zakładu pracy i niemożności zapewnienia innego zatrudnienia, wymagane są dowody określone w § 13 ust. 1.

§ 16. Pracownik ubiegający się o wypłatę zasiłku opiekuńczego składa oświadczenie według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia.

§ 17. Fakt pozostawania z chorym członkiem rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym, przynajmniej w okresie sprawowania opieki, pracownik dokumentuje oświadczeniem.

§ 18. Dowodem wymaganym do wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 8, w razie nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do której dziecko uczęszcza, jest oświadczenie pracownika.

§ 19. Dowodami wymaganymi do wypłaty zasiłku pogrzebowego po zmarłym pracowniku lub członku rodziny pracownika są:

1) wniosek w sprawie wypłacenia zasiłku pogrzebowego, złożony na druku ZUS Z-12, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia,

2) wyciąg z aktu zgonu,

3) oryginały rachunków poniesionych kosztów pogrzebu, a jeżeli oryginały zostały złożone w banku — kopie rachunków potwierdzone przez bank.

§ 20. W razie pokrycia kosztów pogrzebu przez Państwo lub zakład pracy, poza dowodami wymienionymi w § 19 pkt 1 i 2, wymagane jest zaświadczenie stwierdzające, że koszty pogrzebu pokryło Państwo lub zakład pracy.

§ 21. W razie zatrudnienia w dwóch lub więcej zakładach pracy, do wypłaty zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do lat 14 lub nad innym chorym członkiem rodziny niezbędne są:

1) zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy, wystawione na druku Mz-L4a — dla jednego zakładu pracy oraz

2) zaświadczenia lekarskie wystawione na zwykłych blankietach dla pozostałych zakładów pracy, zawierające:

a) dane osobowe chorego lub sprawującego opiekę,

b) miejsce zamieszkania i miejsce zatrudnienia,

c) stwierdzenie niezdolności do pracy z podaniem numeru statystycznego choroby,

d) liczbę dni niezdolności do pracy (od — do),

e) stwierdzenie, że zaświadczenie służy do ubiegania się o zasiłek,

f) numer i serię zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy,

g) podpis i pieczątkę lekarza.

§ 22. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 1995 r.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: *L. Miller*

Załączniki do zarządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 14 lutego 1995 r. (poz. 135)

Załącznik nr 1

.....
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(kod pocztowy) (poczta)

WNIOSEK

w sprawie przedłużenia wypłaty zasiłku chorobowego

Proszę o dalszą wypłatę zasiłku chorobowego ponad 6—9 miesięcy.*)

....., dnia ..... 19..... r.
(miejscowość)

.....
(podpis ubezpieczonego)

1. Informacja zakładu pracy o okresie niezdolności do pracy

Pan(i) ..... urodzony(a) dnia ..... 19..... r., zatrudniony(a) w naszym zakładzie pracy od dnia ..... 19..... r., jest niezdolny(a) do pracy od dnia ..... 19..... r. z powodu choroby oznaczonej numerem statystycznym ..... i w okresie niezdolności do pracy otrzymał(a):

— wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy od dnia ..... do dnia ..... 19..... r.,
— zasiłek chorobowy od dnia ..... do dnia ..... 19..... r.

W okresie powyższym wymieniony(a) pracował(a) w dniach ..... 19..... r.

W związku z tym, że wymieniony(a) wyczerpie 6—9*)-miesięczny okres zasiłkowy z dniem ..... 19..... r., prosimy o wydanie orzeczenia w sprawie ewentualnego przedłużenia wypłaty zasiłku chorobowego.

.....
(stempel zakładu pracy)

.....
(pieczątka i podpis kierownika zakładu pracy lub upoważnionego pracownika)

*) Niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

1. Zakład pracy doręcza pracownikowi druk wniosku najpóźniej na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego.
2. Po uzyskaniu orzeczenia lekarza leczącego ubezpieczony składa wniosek w zakładzie pracy.

- -

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu prywatnego)

2. Orzeczenie lekarza leczącego

Badany(a) jest — zdolny(a) do pracy — nadal niezdolny(a) do pracy z powodu chorób(y) nr statystyczny .....*)
Dalsze wyniki leczenia lub rehabilitacji rokują — nie rokują odzyskanie(a) zdolności do pracy*).
Orzeczenie swoje uzasadniam następująco: .....

.....

.....

....., dnia ..... 19..... r.
(miejscowość)

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

*) Niepotrzebne skreślić

ZUS Z-21

Załącznik nr 2

WNIOSEK
o świadczenie rehabilitacyjne

Część I *(wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie)*

Nazwisko	Imię	Data urodzenia
	Imię ojca	
Adres zamieszkania nr kodu pocztowego		
Nazwa i adres zakładu pracy		

Składam wniosek o przyznanie mi świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną (*właściwe podkreślić*):

1) ogólnym stanem zdrowia,
2) wypadkiem przy pracy,
3) wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
4) wypadkiem w czasie pełnienia służby wojskowej,
5) chorobą zawodową,
6) chorobą związaną ze służbą wojskową.

Informuję, że:

1. Pobieram rentę inwalidzką — emeryturę symbol i nr świadczenia ..... z oddziału ZUS w .....*)
2. Byłem(am) badany(a) przez komisję lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia ....
(kiedy) (gdzie)
3. Jestem — nie jestem zaliczony(a) do jednej z grup inwalidów .....*)
(podać grupę i nr akt)

....
(miejscowość i data) (podpis)

*) Niepotrzebne skreślić

Część II *(wypełnia zakład pracy)*

Stwierdza się, że Pan(i) ..... jest niezdolny(a) do pracy od dnia ..... 19..... r. z powodu choroby oznaczonej numerem statystycznym ..... i w okresie niezdolności do pracy otrzymał(a):
— wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy od dnia ..... do dnia ..... 19..... r.,
— zasiłek chorobowy od dnia ..... do dnia ..... 19..... r.
Okres zasiłkowy zakończy się dnia ....., tj. po 270, 360, 365 lub 366 dniach; chory jest — nie jest pracownikiem mianowanym*).

....
(miejscowość i data) (pieczątka i podpis kierownika zakładu pracy lub upoważnionego pracownika)

*) Niepotrzebne skreślić

Uwaga: Wniosek z kompletną dokumentacją należy złożyć w oddziale ZUS właściwym dla zakładu pracy co najmniej na 4 tygodnie przed zakończeniem pełnego (270, 360, 365 lub 366 dni) okresu zasiłkowego. Do wniosku należy załączyć:

1) zaświadczenie o stanie zdrowia (druk ZUS N-14) wypełnione przez lekarza leczącego lub protokół badania komisji lekarskiej PKP,
2) wywiad zawodowy z miejsca pracy (druk ZUS N-5)*),
3) protokół powypadkowy — w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy,
4) kartę wypadku w drodze do pracy lub z pracy — w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
5) protokół wypadkowy w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej, sporządzony przez komisję lekarską,
6) decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej, wydaną przez inspektora sanitarnego w przypadku choroby zawodowej,
7) zaświadczenie o chorobie związanej z pełnieniem służby wojskowej, wydane przez wojskową służbę zdrowia.

*) Wywiad zawodowy z miejsca pracy (druk ZUS N-5) nie jest wymagany, jeżeli wniosek składa pracownik, którego niezdolność do pracy powstała po rozwiązaniu stosunku pracy, albo osoba prowadząca działalność gospodarczą.

ZUS Np-7

Załącznik nr 3

.... dnia ..... 19..... r.
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

do uzyskania zasiłku opiekuńczego

1. ....
(imię i nazwisko dziecka — członka rodziny) (data urodzenia, stopień pokrewieństwa)
2. Czy jest domownik mogący zapewnić opiekę .....*)
3. Czy współmałżonek pracuje w systemie pracy zmianowej .....**) jeżeli tak, podać godziny pracy .....
4. W przypadku zmiany zakładu pracy podać, za ile dni wypłacony został zasiłek opiekuńczy, w poprzednim zakładzie pracy

.....
(nazwa zakładu pracy)

— z tytułu opieki nad dzieckiem dni .....

— z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny dni .....

5. Czy i za ile dni współmałżonek pobrał zasiłek opiekuńczy w swoim zakładzie pracy .....*)
(nazwa zakładu pracy)

— z tytułu opieki nad dzieckiem dni .....

— z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny dni .....

6. Czy i za ile dni współmałżonek pobrał zasiłek opiekuńczy w swoim zakładzie pracy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny .....

W razie ubiegania się ponownie o zasiłek opiekuńczy, zobowiązuję się zawiadomić zakład pracy o zmianach okoliczności, o których mowa w wyżej wymienionych punktach.

.....
(podpis pracownika)

*) Wpisać „tak" lub „nie".

**) Należy za każdym razem przy ubieganiu się o zasiłek złożyć dodatkowe oświadczenie, na jakich zmianach pracował współmałżonek w okresie sprawowania opieki.

POUCZENIE

1. Zasiłek opiekuńczy przysługuje pracownikowi z tytułu osobistego sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat ośmiu, chorym dzieckiem w wieku do lat czternastu oraz innym chorym członkiem rodziny.
2. Zasiłek opiekuńczy na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny może być przyznany łącznie przez okres 60 dni w roku kalendarzowym.
3. Z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny zasiłek opiekuńczy może być przyznany przez okres 14 dni w ramach przysługujących w roku kalendarzowym 60 dni.
4. Zasiłek opiekuńczy przysługuje pod warunkiem, że nie ma innych domowników mogących zapewnić opiekę dziecku lub innemu choremu członkowi rodziny. Warunek ten nie dotyczy opieki sprawowanej przez pracującą matkę nad chorym dzieckiem w wieku do lat dwu.

Załącznik nr 4

(Strona 1)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

WNIOSEK

w sprawie zasiłku pogrzebowego po zmarłym pracowniku

Proszę o wypłacenie zasiłku pogrzebowego po zmarłym(ej) w dniu ..... 19..... r. .....
(nazwisko i imię)

..... zam. .....
(pokrewieństwo — powinowactwo — osoba obca)

Do wniosku załączam .....

Jednocześnie oświadczam, że:

1) poniosłem(am) całkowite — częściowe — koszty pogrzebu zmarłego(ej) w kwocie ..... zł*),
2) pozostałe koszty pogrzebu poniósł(a) Pan(i) ..... zam. .....,
3) prowadziłem(am) — nie prowadziłem(am) — ze zmarłym pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe do chwili jego śmierci*),
4) zmarły pracownik był ostatnio zatrudniony .....,
(nazwa i adres zakładu pracy)
5) nie pobrałem(am) zasiłku pogrzebowego z innego tytułu.

..... dnia ..... 19..... r.

.....
(podpis wnioskodawcy)

*) Niepotrzebne skreślić

wypełnia zakład pracy	
	1. Imię i nazwisko zmarłego .....
	2. Data zgonu ..... 19..... r.
	3. Akt zgonu nr ..... z dnia ..... 19..... r., wydany przez Urząd Stanu Cywilnego w .....
	4. Kwota zasiłku pogrzebowego do wypłaty zł ..... gr .....
	5. Data i nr listy płatniczej .....
	Obliczył ..... (pieczęć i podpis) Sprawdził ..... (pieczęć i podpis)

Uwaga: W razie zbiegu uprawnień do zasiłku pogrzebowego z różnych tytułów, przysługuje tylko jeden, wyższy zasiłek. W przypadku poniesienia kosztów pogrzebu przez więcej niż jedną osobę, należny zasiłek pogrzebowy dzieli się między te osoby proporcjonalnie do poniesionych kosztów pogrzebu.

ZUS Z-12

(Strona 2)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

WNIOSEK
w sprawie zasiłku pogrzebowego po zmarłym członku rodziny pracownika

Proszę o wypłacenie zasiłku pogrzebowego po zmarłym w dniu ..... 19..... r. .....
(nazwisko i imię)
....., ponieważ poniosłem(am) całkowity koszt pogrzebu zmarłego(ej)
(pokrewieństwo — powinowactwo)
w kwocie zł ..... gr ..... (słownie .....)
Do wniosku załączam .....
Jednocześnie oświadczam, że:
1) zmarły członek rodziny — wspólnie ze mną zamieszkiwał od dnia ..... — nie zamieszkiwał ze mną z powodu .....*),
2) zmarły członek rodziny — zarobkowo nie pracował i pozostawał na moim całkowitym i wyłącznym utrzymaniu od dnia ..... — pracował w ..... z wynagrodzeniem zł ..... gr .....*),
3) zmarły członek rodziny pozostawał na moim częściowym utrzymaniu od dnia .....*),
4) zmarły członek rodziny — nie pobierał renty ani emerytury — pobierał rentę lub emeryturę w wysokości .... zł miesięcznie — posiadał dochód z ..... w wysokości ..... zł miesięcznie, rocznie*),
5) zmarły był wpisany — nie był wpisany — do legitymacji ubezpieczeniowej dla członków rodziny seria ..... nr .....*),
6) nie pobrałem(am) zasiłku pogrzebowego z innego tytułu.

..... dnia ..... 19..... r. .....
(podpis wnioskodawcy)

*) Niepotrzebne skreślić

wypełnia zakład pracy	
	1. Imię i nazwisko zmarłego .....
	2. Data zgonu ..... 19..... r.
	3. Akt zgonu nr ..... z dnia ..... 19..... r., wydany przez Urząd Stanu Cywilnego w .....
	4. Kwota zasiłku pogrzebowego do wypłaty zł ..... gr .....
	5. Data i nr listy płatniczej .....
	Obliczył ..... (pieczęć i podpis) Sprawdził ..... (pieczęć i podpis)

Uwaga: W razie zbiegu uprawnień do zasiłku pogrzebowego z różnych tytułów, przysługuje tylko jeden, wyższy zasiłek. W przypadku poniesienia kosztów pogrzebu przez więcej niż jedną osobę, należny zasiłek pogrzebowy dzieli się między te osoby proporcjonalnie do poniesionych kosztów pogrzebu.

ZUS Z-12

136

ZARZĄDZENIE PREZESA GŁÓWNEGO URZĘDU STATYSTYCZNEGO

z dnia 3 lutego 1995 r.

w sprawie wzoru formularza spisowego do spisu ludności i mieszkań w 1995 r.

Na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o spisie ludności i mieszkań w 1995 r. (Dz. U. Nr 2, poz. 5) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór formularza spisowego do spisu ludności i mieszkań w 1995 r., określony w załączniku do zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Głównego Urzędu Statystycznego: *J. Oleński*