

1432**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA GOSPODARKI, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 5 sierpnia 2003 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

Na podstawie art. 59 ust. 15 oraz art. 61 ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 636, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

¹⁾ Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 1, poz. 5).

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 65, poz. 742, z 2001 r. Nr 64, poz. 653 oraz z 2002 r. Nr 37, poz. 343) wprowadza się następujące zmiany:

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1999 r. Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 53, poz. 633, z 2001 r. Nr 99, poz. 1075 i Nr 154, poz. 1791 oraz z 2002 r. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074.

1) § 12 otrzymuje brzmienie:

„§ 12. Dowodem do przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego jest:

- 1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewidywaną datę porodu lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
- 2) zaświadczenie pracodawcy o okresie udzielonego urlopu macierzyńskiego — w razie wypłaty zasiłku macierzyńskiego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 3) oświadczenie ubezpieczonej o urodzeniu pierwszego lub kolejnego dziecka.”;

2) § 15 otrzymuje brzmienie:

„§ 15. Do przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, w przypadku gdy umowa o pracę została przedłużona do dnia porodu, poza dowodami określonymi w § 12, wymagane jest świadectwo pracy lub inny dokument stwierdzający rodzaj zawartej umowy o pracę i datę rozwiązania stosunku pracy.”;

3) § 16 otrzymuje brzmienie:

„§ 16. 1. Przyznanie i wypłata zasiłku macierzyńskiego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie następuje na podstawie oświadczenia o dacie przyjęcia dziecka na wychowanie oraz na podstawie zaświadczenia sądu opiekuńczego o wystąpieniu do sądu o:

- 1) przysposobienie dziecka,
 - 2) przyjęcie dziecka na wychowanie w ramach rodziny zastępczej
- zawierającego informację o dacie urodzenia dziecka.

2. W przypadku wypłaty zasiłku macierzyńskiego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wymagane jest dodatkowo zaświadczenie pracodawcy o okresie udzielonego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.”;

4) § 17a otrzymuje brzmienie:

„§ 17a. Skrócenie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego przez matkę dziecka następuje na jej pisemny wniosek, po przedłożeniu dokumentów, o których mowa w § 17b ust. 1 pkt 2.”;

5) w § 17b dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Przyznanie i wypłata zasiłku macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonemu ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny w razie śmierci ubezpieczonej lub porzucenia przez nią dziecka następuje na podstawie dowodów określonych w ust. 1, a w przypadku porzucenia dziecka przez ubezpieczoną matkę dziecka — dodatkowo na podstawie oświadczenia o porzuceniu dziecka.”;

6) załączniki nr 1—6 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1—6 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:

w z. *K. Pater*

Załączniki do rozporządzenia Ministra
Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 5 sierpnia 2003 r. (poz. 1432)

Załącznik nr 1

WZÓR

(pieczęć płatnika składek)

NIP płatnika składek ¹⁾													REGON płatnika składek												
PESEL płatnika składek													Seria i nr dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość												

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK
Przed wypełnieniem prosimy zapoznać się z pouczeniem

Pan(i)
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

zamieszkały(a)
(adres zamieszkania)

PESEL													NIP ²⁾												
Seria i nr dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość																									

- Jest zatrudniony(a) od dnia w wymiarze czasu pracy zatrudnienie ustało z dniem
- Posiada poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego:
- Posiada okresy ubezpieczenia społecznego:
- Niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej - wypadku przy pracy - wypadku w drodze do pracy lub z pracy³⁾.
Decyzja - protokół - karta wypadku³⁾ nr z dnia
- W okresie choroby, sprawowania opieki lub urlopu macierzyńskiego korzysta z urlopu bezpłatnego – wychowawczego - przebywa w areszcie tymczasowym - odbywa karę pozbawienia wolności. Jeżeli tak, to podać okres(y):
- Płatnik składek wypłacił wynagrodzenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy w danym roku kalendarzowym na podstawie art. 92 Kodeksu pracy :
od dnia do dnia kod literowy
od dnia do dnia kod literowy
od dnia do dnia kod literowy
Nie wypłacono wynagrodzenia za pierwszy dzień niezdolności do pracy, to jest za dzień/ dni :
- Płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy za okresy orzeczonej niezdolności do pracy:
od dnia do dnia kod literowy
od dnia do dnia kod literowy
od dnia do dnia kod literowy
Należy podać tylko okresy wliczane do jednego okresu zasiłkowego.
- Załączone zaświadczenie lekarskie (seria, nr) wpłynęło do płatnika składek w dniu
(seria, nr) wpłynęło do płatnika składek w dniu
- Liczba ubezpieczonych zgłaszanych przez płatnika składek do ubezpieczenia chorobowego

¹⁾ Należy wpisać numery NUSP i NIP. W razie braku numeru NUSP należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

³⁾ Niepotrzebne skreślić.

10. Informacja o składnikach wynagrodzenia za okresy miesięczne:

Rok	m-c	Dni, które pracownik:		Przyczyna nieprzepracowania całego miesiąca	Stałe wynagrodzenie zasadnicze i inne składniki stałe w pełnej miesięcznej wysokości określonej w umowie o pracę brutto	Zmienne wynagrodzenie miesięczne brutto		% składki potrąconej
		przepracował	był obowiązany przepracować			wynagrodzenie zasadnicze i inne składniki pomniejszane proporcjonalnie	premie i inne składniki przyjmowane w kwocie faktycznej	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

11. Premie i składniki wynagrodzenia za okresy kwartalne:

Lp.	Rok	Kwartał	Kwota	Dni, które pracownik:		Przyczyna nieprzepracowania całego kwartału	% składki potrąconej
				przepracował	był obowiązany przepracować		
1							
2							
3							
4							

12. Składniki roczne:

Rok	Kwota	Dni, które pracownik:		Przyczyna nieprzepracowania całego roku	% składki potrąconej
		przepracował	był obowiązany przepracować		

13. Składniki wynagrodzenia za inne okresy :

Okres	Kwota	Dni, które pracownik:		Przyczyna nieprzepracowania danego okresu	% składki potrąconej
		przepracował	był obowiązany przepracować		

14. Czy zawarta jest z pracownikiem po dniu 13 stycznia 2000 r. umowa zlecenia, o dzieło lub inna umowa (patrz: pouczenie), czy przysługuje pracownikowi składnik wynagrodzenia przyznany do określonego terminu? Jeżeli tak, należy podać datę, do której składnik przysługuje, albo datę, do której zawarta jest umowa zlecenia (lub inna), oraz kwotę wynagrodzenia za poszczególne miesiące:

.....

15. Uwagi:

.....
 (data, podpis, pieczęć i nr telefonu upoważnionego pracownika)

POUCZENIE:

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 636 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 53, poz. 633, z 2001 r. Nr 99, poz. 1075 i 154, poz. 1791 oraz z 2002 r. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074) oraz ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760).

Do pkt 2 zaświadczenia

Pkt 2 wypełnia się tylko w przypadku, gdy okres ubezpieczenia chorobowego podany w pkt 1 poprzedzający okres niezdolności do pracy jest krótszy niż 30 dni oraz jeżeli nie zachodzą okoliczności dające prawo do zasiłku chorobowego niezależnie od okresu ubezpieczenia.

Do 30-dniowego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem bezpłatnym, urlopem wychowawczym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. 30-dniowy okres wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego nie obowiązuje:

- absolwentów szkół oraz studiów wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym w ciągu 90 kolejnych dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych,
- osób, których niezdolność do pracy została spowodowana chorobą zawodową, wypadkiem przy pracy, w drodze do pracy lub z pracy,
- ubezpieczonych obowiązkowo, którzy mają wcześniejszy co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego (również ubezpieczenia społecznego przed 1 stycznia 1999 r.),
- posłów i senatorów, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.

Okoliczności wyłączające obowiązek posiadania 30-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego należy udokumentować.

Do pkt 3 zaświadczenia

W celu ustalenia minimalnej podstawy wymiaru zasiłku podaje się okresy podlegania ubezpieczeniu społecznemu i okresy, za które opłacone zostały składki na zaopatrzenie emerytalne, niezależnie od występujących między tymi okresami przerw, z wyłączeniem okresów zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w celu przygotowania zawodowego. Jeżeli okres zatrudnienia u aktualnego płatnika składek podany w pkt 1 jest krótszy niż dwa lata, podaje się informacje o poprzednich okresach ubezpieczenia. Nie wymaga udokumentowania okres ubezpieczenia przekraczający łącznie dwa lata.

Do pkt 4 zaświadczenia

Wyплаты świadczeń z tytułu wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy ZUS dokonuje po uprzednim uznaniu zdarzenia za taki wypadek, należy zatem przedstawić niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej należy przedstawić decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza stwierdzające, że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Do pkt 6 zaświadczenia

Jeżeli w poprzednim roku kalendarzowym wypłacone było wynagrodzenie za okres wliczany do jednego okresu zasiłkowego, należy podać również okresy wypłaty wynagrodzenia w poprzednim roku.

Do pkt 7 zaświadczenia

Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy oraz okresy przedzielone przerwą, o ile przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą lub przyczyną nie przekraczała 60 dni.

W przypadku przekazania do realizacji przez ZUS wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego albo zasiłku macierzyńskiego, należy wpisać okresy, za które dokonano wypłaty tych świadczeń. W przypadku gdy na podstawie art. 177 § 3 Kodeksu pracy umowa o pracę została przedłużona do dnia porodu, a płatnik składek zobowiązany byłby do wypłaty zasiłku macierzyńskiego tylko za 1 dzień, wypłaty zasiłku za cały okres dokonuje ZUS.

Do pkt 9 zaświadczenia

Liczbę ubezpieczonych ustala się według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego, a w stosunku do płatników składek, którzy na ten dzień nie zgłaszali nikogo do ubezpieczenia chorobowego - według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonali takiego zgłoszenia.

Do pkt 10-13 zaświadczenia

Należy wykazać wyłącznie składniki wynagrodzenia uwzględniane przy obliczaniu podstawy wymiaru zasiłku. Nie należy wykazywać składników, które zgodnie z przepisami płacowymi nie ulegają pomniejszeniu za okres pobierania zasiłku.

W tabelach zamieszczonych w pkt 11-13 kolumny dotyczące liczby dni, które pracownik przepracował / był obowiązany przepracować, należy wypełniać tylko wówczas, gdy składnik wynagrodzenia odpowiednio kwartalny, roczny lub za inne okresy jest składnikiem pomniejszonym proporcjonalnie za okresy pobierania zasiłku.

W przypadku gdy pracownik korzysta z urlopu wypoczynkowego, nie należy traktować tego okresu jako usprawiedliwionej nieobecności powodującej konieczność uzupełniania wynagrodzenia.

Do pkt 10 zaświadczenia

Należy wykazać wynagrodzenie za okres 6 lub 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przypadki, w których podstawę wymiaru ustala się z 12 miesięcy, określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 sierpnia 1999 r. w sprawie określenia przypadków, w których za podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się wynagrodzenie z 12 miesięcy kalendarzowych (Dz. U. Nr 70, poz. 790).

Jeżeli pracownik otrzymuje wynagrodzenie zasadnicze lub inne składniki miesięczne w stałej wysokości, w rubryce 6 tabeli należy wykazać je w pełnej kwocie określonej w umowie o pracę lub innym akcie nawiązującym stosunek pracy.

Jeżeli w miesiącu, z którego wynagrodzenie jest uwzględniane przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku, przychód pracownika przekroczył roczną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, należy obliczyć średni wskaźnik potrąconej pracownikowi za ten miesiąc składki na ubezpieczenia społeczne w następujący sposób:

$$\frac{\text{kwota potrąconej składki} \times 100}{\text{przychód stanowiący podstawę wymiaru składek}}$$

Jeżeli pracownik otrzymuje wynagrodzenie zmienne:

- w rubryce 7 tabeli należy podać wynagrodzenie zasadnicze i inne składniki wynagrodzenia, które są pomniejszane proporcjonalnie za okres pobierania zasiłku i w związku z tym w podstawie wymiaru zasiłku uwzględniane będą po uprzednim uzupełnieniu przez ZUS,

- w rubryce 8 tabeli należy podać składniki wynagrodzenia, które są zmniejszane za okres pobierania zasiłku w inny sposób niż proporcjonalnie i w związku z tym w podstawie wymiaru zasiłku uwzględniane są w kwocie faktycznie wypłaconej bez uzupełniania np. wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych wraz z dopłatami.

Do pkt 14 zaświadczenia

Składniki wynagrodzenia przysługujące do określonego terminu uwzględnia się w podstawie wymiaru zasiłku przysługującego tylko do tego terminu. W związku z tym w tabelach nie należy wykazywać składników przyznanych do określonego terminu, jeżeli zasiłek przysługuje za okres po upływie tego terminu. Jeżeli okres, do którego składnik jest przyznany, nie upłynął przed rozpoczęciem niezdolności do pracy, należy podać okres, do którego składnik przysługuje, oraz jego kwotę.

Wynagrodzenie z tytułu wykonywania umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, zawartej po dniu 13 stycznia 2000 r. z pracodawcą, z którym osoba ta pozostaje w stosunku pracy lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, należy wykazać jako składnik przysługujący do określonego terminu. Jeżeli z pracownikiem zawarta jest taka umowa, a okres, na który jest zawarta, nie upłynął przed rozpoczęciem niezdolności do pracy, należy podać okres, na jaki umowa została zawarta, oraz przychód osiągnięty z tytułu wykonywania tej umowy, w rozbiću na poszczególne miesiące, z których wynagrodzenie przyjmowane jest do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku.

Do pkt 15 zaświadczenia

Jeżeli przerwa między okresami pobierania tego samego rodzaju zasiłku nie przekraczała 3 miesięcy kalendarzowych i w związku z tym w tabelach podane zostało wynagrodzenie z innego okresu niż 6 lub 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy, należy podać poprzedni(e) okres(y) pobierania zasiłku.

W razie zmiany wymiaru czasu pracy należy podać, od kiedy nastąpiła zmiana wymiaru czasu pracy, a w tabeli należy podać wynagrodzenie ustalone dla nowego wymiaru czasu pracy. Wynagrodzenie określone dla nowego wymiaru czasu pracy należy podawać również w przypadku, gdy pomiędzy okresami pobierania tego samego rodzaju zasiłku wystąpiła przerwa krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Jeżeli pracownik ma prawo do rocznego okresu zasiłkowego, należy tę informację podać w tym punkcie.

Uwaga: W tabeli w części dotyczącej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru należy podać kwotę niepomniejszoną o składki na ubezpieczenia społeczne. Pomniejszenia tego dokona ZUS, obliczając podstawę wymiaru zasiłku.

W przypadku nieprzerwanej niezdolności do pracy kolejne zaświadczenia lekarskie przesyła się do oddziału ZUS bez konieczności ponownego składania zaświadczenia płatnika składek. Należy jednak podać datę dostarczenia zaświadczenia lekarskiego płatnikowi składek przez ubezpieczonego oraz informację, czy tytuł ubezpieczenia, jak również ubezpieczenie chorobowe lub wypadkowe, trwa nadal, poświadczając te informacje pieczętą i podpisem.

7. Płatnik składek wypłacił uposażenie - stypendium - inne świadczenie³⁾ za okres(y) orzeczonej niezdolności do pracy (dotyczy tylko osób, o których mowa w pkt 1 ppkt 7-11):

od dnia do dnia kod literowy

od dnia do dnia kod literowy

od dnia do dnia kod literowy

Należy podać tylko okresy wliczane do jednego okresu zasiłkowego.

8. Niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej - wypadku przy pracy - wypadku w drodze do pracy lub z pracy³⁾.

Decyzja - karta wypadku³⁾ nr z dnia

9. W okresie pobierania zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego ubezpieczony: korzysta z urlopu bezpłatnego – korzysta z urlopu wychowawczego - przebywa w areszcie tymczasowym - odbywa karę pozbawienia wolności³⁾. Jeżeli tak, podać okres(y):

.....

10. Załączone zaświadczenie lekarskie seria nr wpłynęło do płatnika składek w dniu

seria nr wpłynęło do płatnika składek w dniu

11. Liczba ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia chorobowego.....

¹⁾ Należy wpisać numery NUSP i NIP. W razie braku numeru NUSP należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

³⁾ Niepotrzebne skreślić.

12. Uwagi:

Rok	Miesiąc	Podstawa wymiaru			
		Liczba dni, które ubezpieczony:		Podstawa wymiaru składek	
		przepracował	był obowiązanym przepracować	zł	gr

Z-3a

.....
(data, podpis i pieczęć oraz nr telefonu upoważnionego pracownika)

P O U C Z E N I E

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 636 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 53, poz. 633, z 2001 r. Nr 99, poz. 1075 i Nr 154, poz. 1791 oraz z 2002 r. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074) oraz ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673, z 2002 r. Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760).

Do pkt 1 zaświadczenia

Należy zaznaczyć odpowiedni tytuł ubezpieczenia społecznego.

Do pkt 2 i 3 zaświadczenia

Należy wpisać datę początku i końca trwania ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok). W przypadku gdy ubezpieczenie trwa nadal, wpisuje się tylko datę początkową.

Do pkt 4 zaświadczenia

Osoba, o której mowa w pkt 1 ppkt 2, nabywa prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, a osoby, o których mowa w pkt 1 ppkt 1, 3—6 — po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Pkt 4 wypełnia się tylko w przypadku, gdy okres ubezpieczenia chorobowego podany w pkt 2 poprzedzający okres niezdolności do pracy jest krótszy niż odpowiednio 30 albo 180 dni oraz jeżeli nie zachodzą okoliczności dające prawo do zasiłku chorobowego niezależnie od okresu ubezpieczenia.

Do 30- i 180-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem bezpłatnym, urlopem wychowawczym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Do okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się również okresy ubezpieczenia społecznego przed dniem 1 stycznia 1999 r. Warunek posiadania okresu ubezpieczenia chorobowego nie obowiązuje:

- absolwentów szkół oraz studiów wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych,
- osób, których niezdolność do pracy została spowodowana chorobą zawodową, wypadkiem przy pracy, w drodze do pracy lub z pracy,
- ubezpieczonych obowiązkowo, którzy mają wcześniejszy co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego, w tym również ubezpieczenia społecznego przed dniem 1 stycznia 1999 r. (dotyczy to wyłącznie członków rsp i skr),
- posłów i senatorów, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.

Okoliczności wyłączające obowiązek posiadania 30- lub 180-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego należy udokumentować.

Do pkt 5 zaświadczenia

Jeżeli w poprzednim roku kalendarzowym wypłacone było wynagrodzenie za okres wliczany do jednego okresu zasiłkowego, należy podać również okresy wypłaty wynagrodzenia w poprzednim roku.

Do pkt 6 i 7 zaświadczenia

Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy oraz okresy przedzielone przerwą, o ile przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą lub przyczyną nie przekraczała 60 dni.

Do pkt 6 zaświadczenia

W przypadku przekazania do realizacji przez ZUS wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego albo zasiłku macierzyńskiego, należy wpisać okresy, za które dokonano wypłaty tych świadczeń.

Do pkt 8 zaświadczenia

Wypłaty świadczeń z tytułu wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy ZUS dokonuje po uprzednim uznaniu zdarzenia za taki wypadek, należy zatem przedstawić niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej należy przedstawić decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza stwierdzające, że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Do pkt 11 zaświadczenia

Liczbę ubezpieczonych ustala się według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego, a w stosunku do płatników składek, którzy na ten dzień nie zgłaszali nikogo do ubezpieczenia chorobowego — według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonali takiego zgłoszenia.

Do tabeli

Dotyczy ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 1—6.

Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód przyjęty do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe albo odpowiednio — ubezpieczenie wypadkowe, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 18,71% tej podstawy wymiaru, za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jeżeli płatnik składek wypłacił premie lub inne składniki za okresy dłuższe niż miesiąc (np. za okresy kwartalne, roczne lub inne), w pkt 12 — Uwagi należy podać poszczególne kwoty i okresy, za które zostały wypłacone.

W przypadku gdy ubezpieczony nie przepracował części miesiąca, za który przychód wykazany jest w tabeli, w pkt 12 — Uwagi należy podać przyczynę nieprzepracowania całego miesiąca.

Jeżeli przerwa między okresami pobierania tego samego rodzaju zasiłku nie przekraczała 3 miesięcy kalendarzowych i w związku z tym w tabeli podane zostało wynagrodzenie z innego okresu niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, w pkt 12 — Uwagi należy podać poprzedni(e) okres(y) pobierania zasiłku.

Dotyczy ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 7—11.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego po ustaniu ubezpieczenia wypadkowego stanowi przychód przyjęty do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe, za okres 12 miesięcy poprzedzających datę powstania nieprzerwanej niezdolności do pracy, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 16,26% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie.

Uwaga: W tabeli w części dotyczącej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru należy podać kwotę niepomniejszoną o składki na ubezpieczenia społeczne. Pomniejszenia tego dokona ZUS, obliczając podstawę wymiaru zasiłku.

W przypadku nieprzerwanej niezdolności do pracy kolejne zaświadczenia lekarskie przesyła się do oddziału ZUS bez konieczności ponownego składania zaświadczenia płatnika składek. Należy jednak podać datę dostarczenia zaświadczenia lekarskiego płatnikowi składek przez ubezpieczonego oraz informację, czy tytuł ubezpieczenia, jak również ubezpieczenie chorobowe lub wypadkowe, trwa nadal, poświadczając te informacje pieczętą i podpisem.

WZÓR

.....
 (nazwisko i imię ubezpieczonego)

.....
 (adres zamieszkania)

PESEL										(NIP) ¹⁾									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WNIOSEK w sprawie przedłużenia okresu wypłaty zasiłku chorobowego

Zwracam się o dalszą wypłatę zasiłku chorobowego ponad 6- 9²⁾ miesięcy.

Informuję, że jestem - nie jestem²⁾ uprawniony do emerytury²⁾, renty z tytułu niezdolności do pracy - z tytułu inwalidztwa²⁾, jeżeli tak, podać stopień niezdolności do pracy - grupę inwalidztwa²⁾ i nr akt²⁾. W dniu zgłosiłem wniosek o przyznanie emerytury²⁾ - renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾, nie zgłaszałem wniosku o przyznanie emerytury²⁾ - renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾.

Przedłużenie okresu zasiłkowego nie przysługuje osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy.

.....
 (miejsowość i data)

.....
 (podpis ubezpieczonego)

Część I. Informacja o okresie niezdolności do pracy

Numer NUSP³⁾

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(NIP) płatnika składek³⁾

REGON płatnika składek

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PESEL płatnika składek

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Pan(i).....urodzony(a).....

zatrudniony(a) – objęty(a) ubezpieczeniem chorobowym (ubezpieczony inny niż pracownik)³⁾ od dnia
 do dnia jest niezdolny(a) do pracy od dnia z powodu choroby i w okresie niezdolności do pracy otrzymał(a):

- wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy od dnia do dnia
- zasiłek chorobowy od dnia do dnia

W związku z tym, że 6 - 9²⁾ - miesięczny okres zasiłkowy skończy się z dniem, zwracamy się o wydanie orzeczenia w sprawie ewentualnego przedłużenia wypłaty zasiłku chorobowego.

.....
 (pieczęć płatnika składek lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)

.....
 (data, podpis i pieczęć upoważnionego pracownika)

Pouczenie:

Druk wniosku płatnik zasiłku doręcza ubezpieczonemu najpóźniej na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego.

¹⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ Należy wpisać numery NUSP i NIP. W razie braku numeru NUSP należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Część II. Wniosek lekarza leczącego

....., dnia
 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu prywatnego)

I. Rozpoznanie (w języku polskim)

Choroba podstawowa

Choroby współistniejące

2. Opis przebiegu choroby, stosowanego leczenia i rehabilitacji

3. Wyniki badań dodatkowych

4. Badany(a) jest nadal niezdolny(a) do pracy z powodu choroby, lecz dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie(a) zdolności do pracy po wykorzystaniu przedłużonego okresu zasiłkowego: tak - nie¹⁾

5. Uzasadnienie wniosku

6. Ubezpieczony jest: zdolny(a) - niezdolny(a)¹⁾ do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza leczącego)

.....
(nr identyfikacyjny nadany przez ZUS)

Lekarz występujący z wnioskiem zobowiązany jest do dołączenia do wniosku dokumentacji leczenia oraz wyników badań pomocniczych uzasadniających celowość przedłużenia okresu zasiłkowego.

Część III. Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Stwierdzam, że przedłużenie okresu zasiłkowego: jest - nie jest ¹⁾ celowe.

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza orzecznika)

WZÓR

.....
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL	(NIP) ¹⁾																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>																					X

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

**WNIOSEK
o świadczenie rehabilitacyjne**

Część I. (wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie)

Składam wniosek o przyznanie mi świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną *(właściwie 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. Mam ustalone prawo - nie mam ustalonego prawa²⁾ do emerytury - renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾, jeżeli tak, podać symbol i nr świadczenia z Oddziału ZUS w
W dniu zgłosiłem wniosek o przyznanie emerytury – renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾ - nie zgłaszałem wniosku o przyznanie emerytury – renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾.
2. Byłem(am) - nie byłem(am) ²⁾ badany(a) przez komisję lekarską ds. inwalidztwa i zatrudnienia przed 1 września 1997r. - lekarza orzecznika ZUS²⁾, jeżeli tak, podać oddział ZUS, datę badania i numer sprawy
3. Jestem – nie jestem zaliczony(a)²⁾ do jednej z grup inwalidów, jestem – nie jestem uznany(a)²⁾ za osobę niezdolną do pracy, jeżeli tak, podać grupę lub stopień niezdolności do pracy i nr akt
.....
.....
4. Mam ustalone prawo - nie mam ustalonego prawa²⁾ do zasiłku dla bezrobotnych - świadczenia przedemerytalnego - zasiłku przedemerytalnego²⁾, jeżeli tak, podać od kiedy
5. Złożyłem wniosek o przyznanie emerytury – renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾ w dniu
6. Odbyłem(am) rehabilitację leczniczą - nie odbyłem(am) rehabilitacji leczniczej²⁾ (dot. tylko skierowań na wczesną rehabilitację leczniczą wydanych w ramach systemu prewencji rentowej ZUS). Jeżeli tak, podać okres, oddział ZUS kierujący na rehabilitację oraz nazwę i adres ośrodka, w którym przeprowadzono rehabilitację
.....
.....
.....

Zobowiązuję się poinformować podmiot wypłacający świadczenie o wszelkich zmianach, jakie zaszły w stosunku do wyżej podanych danych.

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego.

Za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje także w razie podjęcia lub kontynuowania działalności zarobkowej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis ubezpieczonego)

¹⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
²⁾ Niepotrzebne skreślić.

WZÓR

.....
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL

(NIP)¹⁾

													X																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

**WNIOSEK
do uzyskania zasiłku opiekuńczego**

Zwracam się o wypłatę zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad:

.....
imię i nazwisko dziecka – członka rodziny

.....
PESEL dziecka - członek rodziny

.....
stopień pokrewieństwa

.....
data urodzenia dziecka

Oświadczam, że:

1. Jest - nie ma domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę²⁾, jeżeli tak, podać okres
2. Jestem - nie jestem zatrudniony(a) w systemie pracy zmianowej²⁾, jeżeli tak, podać godziny pracy³⁾
3. Współmałżonek pracuje – nie pracuje w systemie pracy zmianowej²⁾, jeżeli tak, podać godziny pracy
4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia:
 - z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat dni
 - z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny dni

.....
(nazwa i adres płatnika składek)

5. W danym roku kalendarzowym współmałżonek:

.....
(imię i nazwisko współmałżonka, PESEL i NIP współmałżonka¹⁾)

pobrał zasiłek opiekuńczy:

- z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14 dni
- z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny dni

.....
(nazwa i adres płatnika składek)

6. W danym roku kalendarzowym inny członek mojej rodziny:

.....
(imię i nazwisko członka rodziny, PESEL i NIP członka rodziny¹⁾)

pobrał zasiłek opiekuńczy:

- z tytułu opieki nad wymienionym we wniosku chorym członkiem rodziny dni.

7. Pozostają - nie pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym²⁾ z wymienionym wyżej dzieckiem w wieku powyżej 14 lat lub z innym chorym członkiem rodziny.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis ubezpieczonego)

¹⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ Wypełnia tylko osoba, której zasiłek opiekuńczy wypłaca ZUS.

POUCZENIE:

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu podlegającemu obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8, chorym dzieckiem w wieku do lat 14 oraz innym chorym członkiem rodziny. Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat pod warunkiem, że pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki.

Zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny przysługuje łącznie przez okres do 60 dni w roku kalendarzowym.

Z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny, w tym chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat, zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres 14 dni w ramach przysługujących w roku kalendarzowym 60 dni.

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 nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat.

W przypadku sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 8, rodzice dziecka niepozostający w formalnym związku małżeńskim, lecz pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym, traktowani są jak małżonkowie.

Jeżeli zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad innym niż dziecko chorym członkiem rodziny został pobrany przez inną osobę niż małżonek, w pkt 6 należy wpisać dane tej osoby oraz liczbę dni, za które zasiłek został pobrany.

ZUS Z-15

WZÓR

ZASTĘPCZA ASYGNATA ZASIŁKOWA

Stwierdza się, że Pan(i)

zam.

Nr ewidencyjny PESEL ¹⁾

Nr identyfikacji podatkowej (NIP)

												X										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

ma prawo do zasiłku²⁾

- dalszego zasiłku za okres od do

Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy seria nr obejmuje okres od do Z okresu orzeczonego w powołanym zaświadczeniu wypłacono wynagrodzenie za okres od do wg listy płacicznej nr z dnia

Zasiłek²⁾ za okres od do

na podstawie
(podać rodzaj dokumentu)

Ostatniej wypłaty dokonano w liście płacicznej nr z dnia

¹⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ Wymienić rodzaj zasiłku:

- chorobowy
- opiekuńczy
- macierzyński lub w wysokości zasiłku macierzyńskiego
- świadczenie rehabilitacyjne.

OBLICZANIE ZASIŁKU

Podstawa wymiaru					
rok	m-c	liczba dni, które ww.		wynagrodzenie	
		przepracował(a)	był(a) obowiązany(a) przepracować	zł	gr

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
(data, podpis i pieczęć upoważnionego pracownika)

Lista wypłat			Rodzaj zasiłku	Stawka w %	Zasiłek za okres			Do wypłaty	
nr	z dnia	poz.			od	do	liczba dni	zł	gr

Obliczył

Sprawdził

Razem

--	--