

1193**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 19 lipca 2005 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. z 2005 r. Nr 31, poz. 267) zarządza się, co następuje:

§ 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, z 2002 r. Nr 37, poz. 343 oraz z 2003 r. Nr 147, poz. 1432) wprowadza się następujące zmiany:

1) uchyla się § 2;

2) w § 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) oświadczenie osoby występującej o zasiłek o zaprzestaniu i niepodjęciu działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby, o nieustaleniu prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, o niepodleganiu obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonego w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.”;

3) po § 5 dodaje się § 5a w brzmieniu:

„§ 5a. Przepisu § 5, w zakresie obowiązku przetłumaczenia na język polski, nie stosuje się do zaświadczeń wystawionych na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.”;

4) w § 12 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewidywaną datę porodu — za okres przed poro-

dem, albo skrócony odpis aktu urodzenia dziecka — po porodzie,”;

5) § 13 otrzymuje brzmienie:

„§ 13. 1. Przyznanie i wypłata zasiłku macierzyńskiego z tytułu urodzenia dziecka podczas pobytu za granicą następuje na podstawie zaświadczenia zagranicznego lekarza leczniczego lub zagranicznego lekarza stwierdzającego przewidywaną datę porodu spełniającego warunki określone w § 5 pkt 1 — za okres przed porodem, albo na podstawie skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka — po porodzie.

2. Przy ustalaniu okresu zasiłku macierzyńskiego stosuje się odpowiednio § 12 pkt 2 i 3.”;

6) w § 20 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Dowodami do przyznania i wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem w wieku do lat 8 jest:”;

7) w § 22 w pkt 5 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) nad dzieckiem w wieku do lat 8,”;

8) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia;

9) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;

10) załącznik nr 5 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia;

11) załącznik nr 6 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego rozporządzenia.

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

Minister Polityki Społecznej: w z. *C. Miżejewski*

¹⁾ Minister Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 265, poz. 2643).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 lipca 2005 r. (poz. 1193)

Załącznik nr 1

WZÓR

Pieczęć płatnika składek

NIP płatnika składek¹⁾

REGON płatnika składek¹⁾

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

PESEL płatnika składek

Seria i nr dowodu osobistego albo innego dokumentu potw. tożsamość

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

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z pouczeniem

Pan(i).....

(nazwisko i imię ubezpieczonego)

zamieszkały(a).....

(adres zamieszkania)

PESEL²⁾

NIP²⁾

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Seria i nr dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

- Jest zatrudniony(a) od dnia w wymiarze czasu pracy zatrudnienie ustało z dniem
 - Posiada poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego:
 - Posiada następujące 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 niezdolności do pracy z powodu choroby, sprawowania opieki lub urlopu macierzyńskiego korzysta z urlopu bezpłatnego – wychowawczego – przebywa w areszcie tymczasowym – odbywa karę pozbawienia wolności³⁾. Jeżeli tak, to podać kres(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
 - Płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy – zasiłek macierzyński – świadczenie rehabilitacyjne³⁾:
od dnia do dnia kod literowy
od dnia do dnia kod literowy
od dnia do dnia kod literowy
- W przypadku zasiłku chorobowego należy podać 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 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. Składniki wynagrodzenia za okresy miesięczne:

Rok	m-c	Dni, które pracownik:		Przyczyna nieprzepracowania całego miesiąca	Stale 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	

11. Składniki wynagrodzenia za okresy kwartalne:

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

12. Składniki wynagrodzenia za okresy 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 jest zawarta z pracownikiem po dniu 13 stycznia 2000 r. umowa zlecenia, o dzieło lub inna umowa, czy przysługuje pracownikowi składnik wynagrodzenia przyznany do określonego terminu? Jeżeli tak, należy podać datę, do której zawarta jest umowa zlecenia (lub inna) – podać datę, do której składnik przysługuje, oraz podać kwotę wynagrodzenia z tych tytułów za poszczególne miesiące:

.....

15. Uwagi:

.....
(data, podpis, pieczętka 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. z 2005 r. Nr 31, poz. 267) 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 późn. zm.).

Do pkt 2 zaświadczenia

Wypełnia się tylko w przypadku, gdy okres ubezpieczenia chorobowego podany w pkt 2 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. Trzydziestodniowy okres wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego nie obowiązuje:

- absolwentów szkół oraz szkół 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 (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 wyczekiwania należy udokumentować.

Do pkt 3 zaświadczenia

W celu ustalenia minimalnej podstawy wymiaru zasiłku należy podać okresy podlegania ubezpieczeniu społecznemu i okresy, za które opłacone zostały składki na ubezpieczenie 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, należy podać informacje o poprzednich okresach ubezpieczenia. Nie jest wymagane udokumentowanie poprzednich okresów ubezpieczenia, jeżeli okres zatrudnienia u aktualnego płatnika jest dłuższy niż dwa lata.

Do pkt 4 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 dołączyć niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej należy dołączyć 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 gdy na podstawie art. 177 § 3 Kodeksu pracy umowa o pracę została przedłużona do dnia porodu, a płatnik składek byłby zobowiązany do wypłaty zasiłku macierzyńskiego tylko za jeden 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 podać wyłącznie składniki wynagrodzenia uwzględniane przy obliczaniu podstawy wymiaru zasiłku. Nie należy podawać składników, które zgodnie z przepisami o wynagradzaniu, nie ulegają pomniejszeniu za okres pobierania zasiłku.

W tabelach zamieszczonych w pkt 11–13 kolumny dotyczące liczby dni, które pracownik przepracował lub 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.

Wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy traktuje się na równi z wynagrodzeniem za pracę.

W tabelach należy podać kwoty składników wynagrodzenia niepomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne. Pomniejszenia tego dokona ZUS, obliczając podstawę wymiaru zasiłku.

Do pkt 10 zaświadczenia

Należy podać wynagrodzenie za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jeżeli pracownik otrzymuje wynagrodzenie zasadnicze lub inne składniki miesięczne w stałej wysokości, w rubryce 6. tabeli należy podać 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 podawać 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 podać 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 rozbięciu na poszczególne miesiące, z których wynagrodzenie przyjmowane jest do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku.

Do pkt 15 zaświadczenia

Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Jeżeli w związku z tym w tabelach zostało podane wynagrodzenie z innego okresu niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy, należy podać dodatkowo 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 zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Uwaga: 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

pieczęć płatnika składek

NIP płatnika składek ¹⁾										REGON płatnika składek 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"/>
PESEL płatnika składek										Seria i nr dowodu osob. albo innego dok. potw. 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"/>

ZASWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z pouczeniem

Pan(i) zamieszkały(a).....
 (nazwisko i imię ubezpieczonego) (adres zamieszkania)

PESEL²⁾ NIP²⁾

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Jest objęty(a) ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (ubezpieczenie chorobowe) Tak – Nie³⁾ – ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ubezpieczenie wypadkowe) Tak – Nie³⁾ jako:
 - osoba wykonująca pozarolniczą działalność lub współpracująca;
 - członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych;
 - osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której, zgodnie z kodeksem cywilnym, stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub jako osoba współpracująca;
 - duchowny;
 - osoba wykonująca umowę o pracę nakładczą;
 - osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności albo tymczasowego aresztowania;
 - poseł lub senator pobierający uposażenie;
 - osoba pobierająca stypendium sportowe;
 - sluchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, pobierający stypendium;
 - osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy na podstawie skierowania wydanego przez powiatowy urząd pracy;
 - osoba odbywająca służbę zastępczą;
 - funkcjonariusz celny.
- Ubezpieczeniu chorobowemu podlega od do
- Ubezpieczeniu wypadkowemu podlega od do
- Posiada poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego:
- Płatnik składek wypłacił wynagrodzenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy w danym roku kalendarzowym na podstawie art. 92 Kodeksu pracy (dotyczy osoby wykonującej pracę nakładczą oraz osoby odbywającej służbę zastępczą):

od dnia	do dnia	kod literowy
od dnia	do dnia	kod literowy
od dnia	do dnia	kod literowy
- Płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne³⁾:

od dnia	do dnia	kod literowy
od dnia	do dnia	kod literowy
od dnia	do dnia	kod literowy

W przypadku zasiłku chorobowego należy podać okresy wliczane do jednego okresu zasiłkowego.

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 7–10):

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 wypadku ³⁾ nr z dnia

9. W okresie niezdolności do pracy z powodu choroby, sprawowania opieki lub macierzyństwa 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 numer 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.

Podstawa wymiaru					
rok	miesiąc	Liczba dni, które ubezpieczony:		Podstawa wymiaru składek	
		przepracował	był obowiązany przepracować	zł	gr

12. Uwagi:

Z-3a

.....
(data, podpis i pieczętka oraz 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. z 2005 r. Nr 31, poz. 267) 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 późn. zm.).

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

Osoby, o których mowa w pkt 1 ppkt 2, nabywają 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 szkół 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 rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osób odbywających służbę zastępczą),
- 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 było wypłacone wynagrodzenie za okres wliczany do jednego okresu zasiłkowego, należy podać również okresy, za które wypłacono wynagrodzenie 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 8 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 dołączyć niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej należy dołączyć 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

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

Wyjaśnienia dotyczące 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 % podstawy wymiaru składek, 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 jest podany w tabeli, w pkt 12 – Uwagi należy podać przyczynę nieprzepracowania całego miesiąca.

Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Jeżeli w związku z tym w tabeli podany został przychód 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.

Wyjaśnienia dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 7–10 i 12.

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.

Wyjaśnienia dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 11

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla osoby odbywającej służbę zastępczą stanowi kwota świadczenia pieniężnego, określona w przepisach o służbie zastępczej, w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu 18,71 % kwoty świadczenia pieniężnego.

Uwaga:

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 pieczęcią i podpisem.

WZÓR

.....
Nazwisko i imię ubezpieczonego

.....
adres zamieszkania

PESEL ¹⁾										NIP ¹⁾									
										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 (*właściwe podkreślić*):

- 1) ogólnym stanem zdrowia;
- 2) wypadkiem przy pracy;
- 3) chorobą zawodową.

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(am) wniosek o przyznanie emerytury – renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾ – nie zgłaszałem(am) 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 grupy 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. Jestem – nie jestem²⁾ uprawniony(a) do urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli tak, podać od kiedy
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 rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, jakie powstały 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 albo urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów.

Za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje także w razie podjęcia lub kontynuowania działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby oraz w razie podlegania obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonego w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników).

..... (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.

Część II Informacja o niezdolności do pracy (wypełnia płatnik składek)NIP płatnika składek ¹⁾REGON płatnika składek 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 checked="" 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 dow. osob. albo innego dokum. potw. 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 checked="" 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Symbol EKD/PKD

Stwierdza się, że Pan(i)

urodzony(a) kod zawodu

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 dniado dnia

— zasiłek chorobowy od dnia do dnia

Okres zasiłkowy zakończy się z dniem tj. po 182, 270 dniach²⁾.

.....

(pieczęć płatnika składek)

.....

(data, pieczętka i podpis upoważnionego pracownika)

Do wniosku należy załączyć:

- 1) zaświadczenie o stanie zdrowia (druk ZUS N-9) wypełnione przez lekarza leczącego;
- 2) wywiad zawodowy z miejsca pracy (druk ZUS N-10) – druk ten nie jest wymagany, jeżeli wniosek składa ubezpieczony, którego niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia, albo osoba prowadząca pozarolniczą działalność;
- 3) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku – w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy;
- 4) decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej wydaną przez inspektora sanitarnego – w przypadku choroby zawodowej.

UWAGA: Wniosek z kompletną dokumentacją należy złożyć w oddziale ZUS co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (182, 270 dni) okresu zasiłkowego.

¹⁾ 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⁾ Niepotrzebne skreślić.

ZUS Np-7

WZÓR

.....
Nazwisko i imię ubezpieczonego.....
adres zamieszkania

PESEL ¹⁾	NIP ¹⁾
<input type="text"/>	<input checked="checked" type="checkbox"/>

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

<input type="text"/>

**WNIOSEK
do uzyskania zasiłku opiekuńczego**

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

.....
imię i nazwisko dziecka – członka rodziny.....
PESEL dziecka – członka rodziny.....
stopień pokrewieństwa.....
data urodzenia dziecka

Oświadczam że:

1. Jest – nie ma domownik(a) mogący(ego) zapewnić opiekę²⁾ w okresie
2. Jestem – nie jestem zatrudniony(a) w systemie pracy zmianowej²⁾ w godzinach³⁾
3. Współmałżonek pracuje – nie pracuje²⁾,
Współmałżonek: wykonuje pracę w systemie pracy zmianowej – nie wykonuje pracy w systemie pracy zmianowej²⁾
w godzinach
4. W danym roku kalendarzowym wypłacono mi zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia:
— z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 14 lat dni za dni.
— z tytułu opieki nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny
za dni.

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

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

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

6. Pozostają – nie pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym. ²⁾ 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 paszportu.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

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

POCZENIE

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu podlegającemu obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia lat 8, chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 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 ukończenia 2 lat.

W przypadku sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 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 chorym członkiem rodziny, został pobrany przez inną osobę niż małżonek, w pkt 5 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)

PESEL

NIP

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

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

ma prawo do zasiłku*)

– dalszego zasiłku za okresdo20....r.

Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy seria nr obejmuje okres od do20....r. Z okresu orzeczonego w powołanym zaświadczeniu wypłacono wynagrodzenie za okres od do20.... r. wg listy wypłat nr z dnia 20.... r.

Zasiłek*) za okres od do20.... r.
na podstawie
(podać rodzaj dokumentu)

Ostatniej wypłaty dokonano wg listy wypłat nr z dnia 20.... r.

*) Wymienić rodzaj zasiłku.

- chorobowy,
- opiekuńczy,
- macierzyński lub – w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
- świadczenie rehabilitacyjne,

.....
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

(pieczęć „wypłacono”)