

**OŚWIADCZENIE  
DO WNIOSKU O ZASIŁEK CHOROBY LUB ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE  
PO USTANIU TYTUŁU ZATRUDNIENIA LUB TYTUŁU UBEZPIECZENIA  
CHOROBY LUB WYPADKOWEGO**

**Instrukcja wypełniania**

Wypełnij oświadczenie i przekaz je do nas, jeśli ubiegasz się o zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne po ustaniu zatrudnienia lub tytułu ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego.

**Twoje dane**

PESEL	0 3 2 3 0 7 0 9 5 4 1										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	DOWÓD OSOBISTY DCT194239										
Data urodzenia	0 7 0 3 2 0 0 3										
Imię	KUNEGUNDA										
Nazwisko	KOSEK										
Ulica	KOLEJOWA										
Numer domu	10					Numer lokalu					
Kod pocztowy	58-140										
Miejscowość	PASTUCHÓW										
Nazwa państwa	POLSKA										
Numer telefonu											

**Dane płatnika składek**

Podaj dane płatnika u którego ustało zatrudnienie lub tytuł ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego

NIP	5 2 2 2 4 5 0 8 2 9									
REGON	0 1 2 9 3 3 8 4 0									
PESEL										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
Data urodzenia										
Nazwa albo imię i nazwisko										

## Występuję o

<input checked="" type="checkbox"/> zasilek chorobowy	od	<table border="1"><tr><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	0	4	0	2	2	0	2	3	do	<table border="1"><tr><td>2</td><td>8</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	2	8	0	2	2	0	2	3	Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td>ZM6320132</td></tr></table>	ZM6320132
0	4	0	2	2	0	2	3																
2	8	0	2	2	0	2	3																
ZM6320132																							
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
	od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

☐ świadczenie rehabilitacyjne    od 

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

    do 

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

za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia    ☒ chorobowego    ☐ wypadkowego

## Oświadczenie

1. Czy masz ustalone prawo do

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> emerytury                    | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy  |
| <input type="checkbox"/> wojskowej renty inwalidzkiej | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do służby |
| <input checked="" type="checkbox"/> NIE               |  |

Jeśli masz ustalone prawo do świadczenia, podaj przez kogo zostało ustalone i od kiedy zostało przyznane

2. Czy masz ustalone prawo do zagranicznej emerytury lub zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy

- ☐
- TAK
- ☒
- NIE

Jeśli **TAK**, podaj, przez kogo oraz od kiedy została przyznana

3. Czy złożyłeś wniosek o

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> emeryturę                               | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do pracy     |
| <input type="checkbox"/> wojskową rentę inwalidzką               | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do służby    |
| <input type="checkbox"/> rodzicielskie świadczenie uzupełniające | <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne |

- ☒
- NIE

Jeśli złożyłeś wniosek, podaj gdzie i kiedy go złożyłeś

## 4. Czy jesteś uprawniony do

<input type="checkbox"/> zasiłku dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/> zasiłku przedemerytalnego
<input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego	<input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego
<input type="checkbox"/> rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego	
<input checked="" type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Jeśli masz prawo do świadczenia, podaj od kiedy

## 5. Czy kontynuujesz lub podjąłeś inną działalność zarobkową

## 1) Czy prowadzisz

– gospodarstwo rolne	<input type="checkbox"/> TAK	<input checked="" type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>
	Jeśli <b>TAK</b> , podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych)		
– dział specjalny	<input type="checkbox"/> TAK	<input checked="" type="checkbox"/> NIE	
Czy małżonek prowadzi	<input checked="" type="checkbox"/> nie mam małżonka		
– gospodarstwo rolne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>
	Jeśli <b>TAK</b> , podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych)		
– dział specjalny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

## 2) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników

Jeśli **TAK**, to podaj czy podlegasz ☐ obowiązkowo ☐ dobrowolnie

## 3) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników, jako domownik rolnika

Jeśli **TAK**, to podaj czy podlegasz ☐ obowiązkowo ☐ dobrowolnie

## 4) Czy prowadzisz działalność pozarolniczą lub współpracujesz z osobą prowadzącą działalność

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

## 5) Czy masz zawartą umowę o pracę

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

## 6) Jeżeli jesteś/ byłeś zatrudniony u dwóch lub więcej pracodawców, podaj czy korzystałeś z urlopu bezpłatnego u jednego pracodawcy podczas zatrudnienia u innego pracodawcy

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

## 7) Czy masz zawartą umowę zlecenia

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

8) Czy wykonujesz działalność zarobkową inną niż wymienioną w ppkt. 1–7

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj rodzaj działalności

6. Czy jesteś uprawniony do wypłacanego przez powiatowy urząd pracy

- ☐ stypendium
- ☐ dodatku aktywizacyjnego
- ☐ innego świadczenia pieniężnego z tytułu pozostawania bez pracy
- ☒ NIE

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

Jeśli jesteś uprawniony do świadczenia wypłacanego przez powiatowy urząd pracy, podaj od kiedy

**Uwagi:**

### Świadczenia proszę przekazywać

1. ☒ w Polsce na rachunek bankowy

4	0	1	1	6	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	2	5	6	0	8	7	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. ☐ za granicę – na rachunek bankowy (oprócz USA)

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Międzynarodowy numer rachunku  
bankowego

Podaj pełny numer rachunku w standardzie IBAN, jeżeli jest on stosowany przez dane państwo

Nazwa i adres banku

Międzynarodowy identyfikator banku  
w formacie BIC/ SWIFT

3. ☐ za granicę – do USA na rachunek bankowy

Numer rachunku

Pełna nazwa i adres banku  
macierzystego w USA

Dane o rachunku bankowym powinny być właściwe dla formatu ACH „Direct Deposit”.  
Należy ustalić to z bankiem amerykańskim, w którym masz otwarty rachunek

Kod identyfikacyjny banku  
macierzystego w USA

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Rodzaj rachunku

☐

BIEŻĄCY/ CHECKING

☐

OSZCZĘDNOŚCIOWY/ SAVINGS

Nazwa i adres banku pośredniczącego

Wskaż bank pośredniczący (bank korespondent) dla banku macierzystego, w którym  
posiadasz rachunek bankowy – o ile informacja ta jest niezbędna przy przekazaniu  
należności lub możesz dostarczyć do ZUS instrukcję otrzymaną z banku macierzystego  
dotyczącą przekazania świadczeń z zagranicy

**Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich ZUS.**

Data

0	3	0	2	2	0	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>