

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

Instrukcja wypełniania

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

Twoje dane

PESEL	7 7 1 2 0 9 1 3 6 2 4										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	DOWÓD OSOBISTY CAX772854										
Data urodzenia	0 9 1 2 1 9 7 7										
Imię	JUSTYNA										
Nazwisko	KOSEK										
Ulica	KOLEJOWA										
Numer domu	10					Numer lokalu					
Kod pocztowy	58-140										
Miejscowość	PASTUCHÓW										
Nazwa państwa	POLSKA										
Numer telefonu	783141861										

Dane płatnika składek

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

NIP	6 9 1 2 5 0 3 0 3 0									
REGON	0 0 0 4 5 6 9 0 6									
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>2</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	2	1	0	1	2	0	2	3	do	<table border="1"><tr><td>2</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	2	6	0	1	2	0	2	3	Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td>ZM7454118</td></tr></table>	ZM7454118
2	1	0	1	2	0	2	3																
2	6	0	1	2	0	2	3																
ZM7454118																							
	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

☐

emerytury

☐

renty z tytułu niezdolności do pracy

☐

wojskowej renty inwalidzkiej

☐

renty z tytułu niezdolności do służby

☒

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

☐

emeryturę

☒

rentę z tytułu niezdolności do pracy

☐

wojskową rentę inwalidzką

☐

rentę z tytułu niezdolności do służby

☐

rodzicielskie świadczenie uzupełniające

☐

nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

☐

NIE

ZUS ŚWIDNICA, 2022-11-25

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

01.02.2023 mam konsultacje w ZUS Wałbrzych w sprawie renty chorobowej.

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

2	6	0	1	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>