



Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

## Zaświadczenie płatnika składek

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność lub współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo osobą korzystającą z ulgi na start, jesteś duchownym lub marynarzem i mamy ustalić prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego lub świadczenia rehabilitacyjnego.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Zanim wypełnisz zaświadczenie, zapoznaj się z **Pouczeniem**

### Dane płatnika składek

|                                                            |                                                                                                    |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NIP                                                        | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REGON                                                      | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie podałeś NIP                                                                       |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                      | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON                                                         |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL                                                  |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa albo imię i nazwisko                                 | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica                                                      | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer domu                                                 | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  | Numer lokalu | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod pocztowy                                               | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  | Miejscowość  | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa państwa                                              | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski                                                       |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer telefonu                                             | <input type="text"/>                                                                               |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.<br>To pole jest dobrowolne |  |  |  |  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Dane osoby ubezpieczonej

|                                                            |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PESEL                                                      | <input type="text"/>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia                                             | <input type="text"/>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | dd / mm / rrrr                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię                                                       | <input type="text"/>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                   | <input type="text"/>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible]

☐ zasiłek chorobowy

za okres

Podaj okres zwolnienia (daty od–do) oraz – jeśli znasz – serie i numer zaświadczenia lekarskiego.

☐ zasiłek opiekuńczy  
 za okres   
 Podaj okres zwolnienia (daty od–do) oraz – jeśli znasz – serie i numer zaświadczenia lekarskiego.

☐ zailek macierzyński

za okres

Podaj okres (daty od–do).

☐ świadczenie rehabilitacyjne  
 za okres   
Podaj okres (daty od–do).

|                                                                                   |                          |     |                          |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa ( <i>ubezpieczenie chorobowe</i> ) | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

|                                                                                                    |  |     |  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-----|
| ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych ( <i>ubezpieczenie wypadkowe</i> ) |  | TAK |  | NIE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-----|

☐ jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność

☐ jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność

☐ jako osoba współpracująca z osobą korzystającą z ulgi na start (o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców)

☐ jako duchowny

☐ jako marynarz

2. Czy niezdolność do pracy powstała z powodu:

☐ choroby zawodowej      ☐ wypadku przy pracy      ☐ wypadku w drodze do pracy lub z pracy

☐ TAK      ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to podaj dokument potwierdzający (decyzja / karta wypadku), numer oraz datę jego sporządzenia

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

Data

|    |  |   |    |  |   |      |  |
|----|--|---|----|--|---|------|--|
|    |  |   |    |  |   |      |  |
| dd |  | / | mm |  | / | rrrr |  |

Podpis osoby upoważnionej  
oraz pieczęć zawierająca imię i nazwisko

## Pouczenie

*Zaświadczenie płatnika składek Z-3b* złoż w razie zmiany rodzaju pobieranego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli zaświadczenie płatnika składek Z-3b złożyłeś do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

Do wniosku o zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy, zasiłek macierzyński oraz świadczenie rehabilitacyjne dołącz dokumenty określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków. 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, dlatego do wniosku dołącz niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza, które stwierdza, że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

### **Co musisz złożyć, aby otrzymać zasiłek chorobowy lub opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny**

Aby otrzymać zasiłek, musisz w ZUS złożyć wniosek o zasiłek. Wnioskiem o zasiłek jest:

- jeśli otrzymałeś pierwsze zaświadczenie lekarskie – zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3b) lub wniosek o zasiłek chorobowy (druk ZAS-53),
- jeśli otrzymałeś kolejne zaświadczenie lekarskie za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy:
  - zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3b) wypełnione tylko do pkt 1 sekcji *Informacje o ubezpieczonym* albo
  - wniosek o zasiłek chorobowy (druk ZAS-53), albo
  - wydruk zaświadczenia lekarskiego e-ZLA, jeśli otrzymałeś go od lekarza.

Jeśli otrzymałeś zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym) i lekarz nie wprowadził go do systemu (nie widzisz go na swoim profilu na portalu PUE/eZUS), łącznie z Z-3b lub ZAS-53 przekaz do ZUS również otrzymane od lekarza zaświadczenie lekarskie. Poinformuj ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, który uległy zmianie w stosunku do podanych wcześniej.

Zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zarówno ubezpieczony, jak i płatnik składek mogą wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wydanie decyzji w sprawie ustalenia prawa do zasiłku.

**Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków.**

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>