

Wniosek o świadczenie rehabilitacyjne

☐

wniosek pierwszorazowy

☐

wniosek o kontynuację świadczenia

Instrukcja wypełniania

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Część I wniosku wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie. Część II wniosku wypełnia płatnik składek.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj adres zamieszkania
5. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z **Pouczeniem**

Dane ubezpieczonego

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Rachunek bankowy

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, świadczenie rehabilitacyjne wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

CZĘŚĆ I. Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczenie

Ubiegam się o świadczenie rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną:

☐

ogólnym stanem zdrowia

☐

wypadkiem przy pracy

☐

chorobą zawodową

Informacje

1. Czy masz ustalone prawo do:

☐

emerytury

☐

renty z tytułu niezdolności do pracy

☐

wojskowej renty inwalidzkiej

☐

renty z tytułu niezdolności do służby

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli **TAK**, podaj, przez kogo zostało ustalone prawo do świadczenia oraz od kiedy zostało przyznane (dd/mm/rrrr)

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

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli **TAK**, podaj, przez kogo zostało ustalone prawo oraz od kiedy zostało przyznane (dd/mm/rrrr)

3. Czy złożyłeś wniosek o:

☐

emeryturę

☐

rentę z tytułu niezdolności do pracy

☐

wojskową rentę inwalidzką

☐

rentę z tytułu niezdolności do służby

☐

nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

☐

rodzicielskie świadczenie uzupełniające

☐

TAK

☐

NIE

dd / mm / rrrr
Jeśli **TAK**, podaj datę złożenia wniosku

4. Czy jesteś uprawniony do:

☐

zasiłku dla bezrobotnych

☐

zasiłku przedemerytalnego

☐

świadczenia przedemerytalnego

☐

rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego

☐

nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od-do

5. Czy jesteś uprawniony do urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od-do

6. Jeżeli jesteś marynarzem podaj, czy za okres niezdolności do pracy przysługuje Ci wynagrodzenie za pracę, o którym mowa w art. 75 pkt. 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu.

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od-do

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o tym płatnika zasiłku.

Data

dd / mm / rrrr

Podpis osoby ubiegającej się o świadczenie

CZĘŚĆ II. Informacje o ubezpieczeniu i niezdolności do pracy (wypełnia płatnik składek)

Dane płatnika składek

NIP	
REGON	 Podaj, jeśli nie podałeś NIP
PESEL	 Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	 Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL
Nazwa albo imię i nazwisko	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Nazwa państwa	 Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski
Podaj symbol PKD	

Informacje o ubezpieczonym

1. Ubezpieczenie	 Podaj imię i nazwisko ubezpieczonego
☐ trwa	☐ trwało do
	 dd / mm / rrrr Podaj datę, do kiedy trwało
2. Kod zawodu	

Informacje o wypłaconych świadczeniach

Wypełnij tę część, jeśli wypłacasz zasiłek chorobowy

1. Ubezpieczony jest niezdolny do pracy z powodu choroby od	 dd / mm / rrrr Podaj datę
2. W okresie niezdolności do pracy ubezpieczony otrzymał:	
☐ wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy	 Podaj okresy od-do
☐ zasiłek chorobowy	 Podaj okresy od-do

3. Okres zasiłkowy zakończy się z dniem

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

Podaj datę

po 182 dniach 270 dniach

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

Data

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

dd / mm / rrrr

Podpis osoby upoważnionej, nr telefonu

Pouczenie

Przez jaki okres przysługuje świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy (360 dni).

Okoliczności, które pozbawiają prawa do świadczenia rehabilitacyjnego

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje, jeśli:

- jesteś uprawniony do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego oraz urlopu dla poratowania zdrowia udzielonego na podstawie odrębnych przepisów,
- przebywasz w areszcie tymczasowym lub odbywasz karę pozbawienia wolności,
- korzystasz z urlopu bezpłatnego lub wychowawczego,
- korzystasz z urlopu opiekuńczego przysługującego z Kodeksu pracy,
- wykonujesz w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego pracę zarobkową lub podejmujesz aktywność niezgodną z celem zwolnienia od pracy.

Niezbędne dokumenty

Do wniosku dołącz:

- zaświadczenie o stanie zdrowia (druk OL-9) wypełnione przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na miesiąc przed dniem, w którym składasz wniosek,
- wywiad zawodowy z miejsca pracy (druk OL-10) – ten druk nie jest wymagany, jeżeli wniosek składa osoba, której niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia albo jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność, jesteś osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, jesteś duchownym albo marynarzem,
- protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku – jeśli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy; jeżeli już dostarczyłeś te dokumenty do ZUS w innej sprawie, nie musisz składać ich ponownie,
- decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej – jeśli niezdolność do pracy ma związek z chorobą zawodową; jeżeli już dostarczyłeś te dokumenty do ZUS w innej sprawie, nie musisz składać ich ponownie,
- zaświadczenie płatnika składek, jeśli świadczenie rehabilitacyjne wypłaca ZUS; złóż druk:
 - Z-3 – gdy jesteś pracownikiem albo
 - Z-3a – w przypadku pozostałych ubezpieczonych.

Jeśli prowadzisz pozarolniczą działalność gospodarczą albo jesteś osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, jesteś duchownym albo marynarzem, nie jest wymagane dodatkowo złożenie w ZUS zaświadczenia płatnika składek.

Dodatkowe dokumenty:

- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia,
- informacja o miejscach leczenia – jeśli nie posiadasz dokumentacji medycznej, która mogłaby być dołączona do wniosku (formularz OL-9A).

Zaświadczenie płatnika składek nie jest wymagane, jeżeli było złożone do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i od tego czasu nie zmieniły się żadne okoliczności, które mają wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru świadczenia.

Ważne!

Wniosek z kompletną dokumentacją złóż w dowolnej terenowej jednostce organizacyjnej ZUS co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (91 dni, 182 dni, 270 dni) okresu zasiłkowego.

Części II płatnik składek nie wypełnia, jeśli ubiegasz się o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres, po wyczerpaniu okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego krótszego niż 12 miesięcy.

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 27 września 2026 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego 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>