

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA W SPRAWIE ZASIŁKU

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz, jeśli chcesz otrzymać zaświadczenie:

- o prawie do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego – punkt 1,
- o kwotach świadczeń, które Ci wypłaciliśmy – punkt 2,
- o tym, że otrzymaliśmy Twój wniosek o świadczenia za okres po ustaniu ubezpieczenia – punkt 3,
- o świadczeniach, które Ci wypłaciliśmy za okres po ustaniu ubezpieczenia – punkt 4,
- o okresach, za które wypłaciliśmy Ci zasiłek macierzyński w związku z dzieleniem się przez rodziców uprawnieniami do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego – punkt 5,
- o niepobieraniu zasiłku macierzyńskiego z ZUS – punkt 6,
- w innej sprawie – punkt 7.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane wnioskodawcy

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

Zakres wniosku

Proszę o wydanie zaświadczenia:

1. o prawie do:

zasiłku chorobowego

świadczenia rehabilitacyjnego

Za okres:

Podaj daty od–do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

2. o kwotach wypłaconych świadczeń za okresy miesięczne / roczne

zasiłek chorobowy zasiłek opiekuńczy zasiłek pogrzebowy

zasiłek macierzyński świadczenie rehabilitacyjne zasiłek wyrównawczy

zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego

Za okres:

Podaj daty od–do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

3. o przedłożeniu wniosku o świadczenia za okres po ustaniu ubezpieczenia

zasiłek chorobowy zasiłek opiekuńczy zasiłek pogrzebowy

zasiłek macierzyński świadczenie rehabilitacyjne zasiłek wyrównawczy

zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego

Za okres:

Podaj daty od–do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

4. o wypłaconych świadczeniach za okres po ustaniu ubezpieczenia

- zasiłek chorobowy zasiłek opiekuńczy zasiłek pogrzebowy
- zasiłek macierzyński świadczenie rehabilitacyjne zasiłek wyrównawczy
- zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego

Za okres:

Podaj daty od–do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

5. o okresach prawa i wypłaty zasiłku macierzyńskiego w związku z dzieleniem się przez rodziców uprawnieniami do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego

Imię, nazwisko
i data urodzenia dziecka

Za okres:

Podaj daty od–do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

6. o niepobieraniu zasiłku macierzyńskiego z ZUS

Imię, nazwisko
i data urodzenia dziecka

Za okres:

Podaj daty od–do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

7. **w innej sprawie**Podaj, czego ma dotyczyć
zaświadczenie

Za okres:

Podaj daty od-do

Proszę o wydanie egzemplarzy zaświadczenia.

Podaj liczbę

Zaświadczenie jest mi niezbędne w celu:

Wskaż, dlaczego potrzebujesz zaświadczenia, np. musisz je przedstawić w powiatowym urzędzie pracy

Sposób odbioru odpowiedziw placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną)pocztą na adres
wskazany we wnioskuna moim koncie na Platformie Usług
Elektronicznych (PUE ZUS)

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis

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>