

OŚWIADCZENIE

Uwaga:

Osoba, która złożyła wniosek o świadczenie rehabilitacyjne na druku ZUS Np-7 wypełnia pkt 5 i 6 Oświadczenia, o ile informacje podane we wniosku o świadczenie rehabilitacyjne nie uległy zmianie.

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZASIŁEK CHOROBY / ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE

01. Numer PESEL (1)	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2	03. Seria i numer dokumentu
04. Nazwisko		
05. Imię pierwsze	06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer paszportu i datę urodzenia.

DANE ADRESOWE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZASIŁEK CHOROBY / ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy	02. Poczta
03. Gmina/Dzielnica	
04. Miejscowość	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu (1)	09. Symbol państwa (2)(3)
10. Zagraniczny kod pocztowy (2)	11. Nazwa państwa (2)
12. Adres poczty elektronicznej (1)	

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

W związku z roszczeniem o: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ zasiłek chorobowy

☐ świadczenie rehabilitacyjne

za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia ☐ chorobowego ☐ wypadkowego oświadczam, że:

1. Złożyłem(am) wniosek: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ o emeryturę ☐ o rentę z tytułu niezdolności do pracy ☐ o wojskową rentę inwalidzką

☐ o rentę z tytułu niezdolności do służby

w

w dniu:

Data (dd/mm/rrrr)

2. Mam ustalone prawo do: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ emerytury ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy ☐ wojskowej renty inwalidzkiej

☐ renty z tytułu niezdolności do służby

przez od dnia:

Data (dd/mm/rrrr)

Nr emerytury/renty:

3. Mam ustalone prawo do: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ zagranicznej emerytury ☐ zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy

przez od dnia:

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

Data od (dd/mm/rrrr)

4. Jestem uprawniony(a) do: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ zasiłku dla bezrobotnych ☐ zasiłku przedemerytalnego ☐ świadczenia przedemerytalnego
☐ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

Data od (dd/mm/rrrr)

od dnia:

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

5. ☐ Kontynuuję ☐ podjąłem(ę) również inną działalność zarobkową: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

a) ☐ prowadzę ☐ małżonek prowadzi (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

– gospodarstwo rolne ☐ TAK ☐ NIE o powierzchni ha przeliczeniowych

– dział specjalny ☐ TAK ☐ NIE

b) podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ obowiązkowo

☐ dobrowolnie

c) podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników jako domownik rolnika: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ obowiązkowo

☐ dobrowolnie

d) prowadzę działalność pozarolniczą: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Data od (dd/mm/rrrr)

Jeśli TAK należy podać od jakiej daty:

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

e) mam zawartą umowę o pracę: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Data od (dd/mm/rrrr)

Jeśli TAK należy podać od jakiej daty:

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

f) w przypadku zatrudnienia u dwóch lub więcej pracodawców, należy podać, czy Pan/Pani korzystał z urlopu bezpłatnego:

☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Data od (dd/mm/rrrr)

Data do (dd/mm/rrrr)

Jeśli TAK należy podać w jakim okresie od:

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

do:

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

g) mam zawartą umowę zlecenie: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Data od (dd/mm/rrrr)

Jeśli TAK należy podać od jakiej daty:

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

h) wykonuję działalność zarobkową inną niż wymieniona w pkt a–g: ☐ TAK ☐ NIE (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Jeśli TAK proszę podać rodzaj działalności:

[illegible]

(Podpis
osoby ubiegającej się
o zasiłek chorobowy
lub świadczenie rehabilitacyjne)