WNIOSEK
O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA
O WYPŁACONYCH ZASIŁKACH / ŚWIADCZENIACH
(ZA OKRESY MIESIĘCZNE / ROCZNE)

MIEJSCE ZŁOŻENIA PISMA

01. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH - ODDZIAŁ / INSPEKTORAT w:

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - 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)

(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.

Proszę o wydanie zaświadczenia o wypłaconym świadczeniu.

Rodzaj świadczenia: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ zasiłek chorobowy

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

☐ zasiłek macierzyński

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

☐ zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

☐ zasiłek opiekuńczy

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

☐ świadczenie rehabilitacyjne

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

☐ zasiłek wyrównawczy

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

za okres od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

☐ zasiłek pogrzebowy

w okresie od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

Zaświadczenie jest niezbędne w celu:

Zaświadczenie: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ odbiorę osobiście

☐ proszę wysłać pocztą na adres:

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES DO KORESPONDENCJI (4)

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)

(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.
(4) Wypełnić w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania.

Proszę o wydanie zaświadczenia w liczbie: ☐ egzemplarzy.

..... (Miejscowość) ..... (Data: dd / mm / rrrr) ..... (Podpis)