

OŚWIADCZENIE

ubezpieczonego zatrudnionego w podmiocie leczniczym/zatrudnionego w jednostce pomocy społecznej/wykonującego zadania członka ochotniczej straży pożarnej/*, że niezdolność do pracy/kwarantanna/izolacja/izolacja domowa/* jest spowodowana COVID-19

Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie.

Dane wnioskodawcy

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość *Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

Możesz podać numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie

Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane świadczenie

Dane dotyczące niezdolności do pracy/kwarantanny/izolacji/izolacji domowej/*

Okres niezdolności od do
dd / mm / rrrr *dd / mm / rrrr*

Oświadczam, że:

moja niezdolność do pracy jest spowodowana COVID-19/inną chorobą zakaźną/* i powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym/zatrudnienia w jednostce pomocy społecznej/wykonywaniem zadań członka OSP/*

obowiązkowa kwarantanna/izolacja/izolacja domowa/* wynika ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym/zatrudnienia w jednostce pomocy społecznej/wykonywaniem zadań członka OSP/*

wykonuję pracę w podmiocie leczniczym/jednostce pomocy społecznej (wypełnia tylko osoba prowadząca działalność pozarolniczą)/*,

Data

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie

*/niepotrzebne skreślić

Informacja

Ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej świadczącej usługi całodobowo, noclegowni albo innej placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku, którzy:

- odbywają kwarantannę, izolację lub izolację w warunkach domowych, jeśli wynikają one ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tym podmiocie/jednostce albo
- są niezdolni do pracy z powodu COVID-19, a niezdolność ta powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tym podmiocie/jednostce,

przysługuje prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru przysługuje także ubezpieczonym, którzy wykonują zadania członka ochotniczej straży pożarnej i którzy:

- odbywają kwarantannę, izolację lub izolację w warunkach domowych, jeśli powstały one w związku z wykonywaniem zadań członka ochotniczej straży pożarnej albo
- u których stwierdzono zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną (m.in. COVID-19), jeżeli zakażenie lub zachorowanie powstało w związku z wykonywaniem zadań członka ochotniczej straży pożarnej.

Zasiłek chorobowy w wysokości 100% podstawy wymiaru przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, zarówno obowiązkowo (np. pracownicy) jak i dobrowolnie (np. zleceniobiorcy).

W przypadku podania w oświadczeniu nieprawdziwych danych lub wprowadzenia w błąd podmiotu wypłacającego zasiłek, wypłacony zasiłek zostanie uznany za świadczenie pobrane nienależnie, które podlega zwrotowi.