

## WNIOSEK O ZASIŁEK CHOROBY DLA ŻOŁNIERZA ZWOLNIONEGO Z CZYNNEJ SŁUŻBY WOJSKOWEJ

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek i przekaz go do nas, jeśli jesteś żołnierzem zwolnionym z czynnej służby wojskowej i ubiegasz się o wypłatę zasiłku chorobowego po zwolnieniu z tej służby.

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

### Dane wnioskodawcy

PESEL	<input type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Data urodzenia	<input type="text"/>		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne		
E-mail	<input type="text"/>		
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne		

### Dane płatnika składek

Wpisz dane płatnika, który opłacał za Ciebie składki na ubezpieczenie zdrowotne w czasie odbywania czynnej służby wojskowej

NIP	<input type="text"/>
REGON	<input type="text"/>
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>

## Składam wniosek o przyznanie zasiłku chorobowego

Wpisz datę (dd/mm/rrrr) lub daty (dd/mm/rrrr–dd/mm/rrrr) oraz serię i numer zaświadczenia lekarskiego, jeśli je znasz

## Wniosek dotyczy okresu niezdolności do pracy po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej, przypadającego:

po zakończeniu pobierania uposażenia

w okresie pobierania uposażenia

## Oświadczenie

1. Mam ustalone prawo do:

emerytury

renty z tytułu niezdolności do pracy

wojskowej renty inwalidzkiej

renty z tytułu niezdolności do służby

Jeśli masz, wpisz nazwę instytucji, która je ustaliła, oraz datę ustalenia (dd/mm/rrrr)

Nie mam ustalonego prawa do żadnego z ww. świadczeń

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

TAK

NIE

Jeśli TAK, wpisz nazwę instytucji, która je ustaliła, oraz datę ustalenia (dd/mm/rrrr)

3. Złożyłem wniosek o:

emeryturę

rentę z tytułu niezdolności do pracy

wojskową rentę inwalidzką

rentę z tytułu niezdolności do służby

rodzicielskie świadczenie uzupełniające

nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Jeśli złożyłeś, podaj nazwę instytucji, w której go złożyłeś, oraz datę złożenia wniosku (dd/mm/rrrr)

Nie złożyłem wniosku o żadne z ww. świadczeń

4. Jestem uprawniony do:

zasiłku dla bezrobotnych

zasiłku przedemerytalnego

świadczenia przedemerytalnego

nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego

Jeśli jesteś, wpisz od kiedy (dd/mm/rrrr)

Nie jestem uprawniony do żadnego z ww. świadczeń

## 5. Prowadzę inną działalność zarobkową:

- 1)  Prowadzę  Małżonek prowadzi  
 gospodarstwo rolne o powierzchni  ha przeliczeniowych  
 dział specjalny  ani ja, ani małżonek nie prowadzimy ww. działalności

## 2) Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników

- TAK, obowiązkowo  TAK, dobrowolnie  NIE

## 3) Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników jako domownik rolnika

- TAK, obowiązkowo  TAK, dobrowolnie  NIE

## 4) Prowadzę działalność pozarolniczą lub współpracuję z osobą prowadzącą działalność

- TAK  NIE   
 Jeśli TAK, wpisz od kiedy (dd/mm/rrrr)

## 5) Mam zawartą umowę o pracę

- TAK  NIE   
 Jeśli TAK, wpisz od kiedy (dd/mm/rrrr)

## 6) Jestem/ byłem zatrudniony u dwóch lub więcej pracodawców i korzystałem z urlopu bezpłatnego u jednego pracodawcy podczas zatrudnienia u innego pracodawcy

- TAK  NIE   
 Jeśli TAK, wpisz okres od-do (dd/mm/rrrr-dd/mm/rrrr)

## 7) Mam zawartą umowę zlecenia

- TAK  NIE   
 Jeśli TAK, wpisz od kiedy (dd/mm/rrrr)

## 8) Pobieram uposażenie

- TAK  NIE   
 Jeśli TAK, wpisz okres od-do (dd/mm/rrrr-dd/mm/rrrr)

## 9) Wykonuję działalność zarobkową inną niż wymienioną w ppkt. 1-8

- TAK  NIE   
 Jeśli TAK, wpisz rodzaj działalności

6. Jestem uprawniony do wypłacanego przez powiatowy urząd pracy:

stypendium  dodatku aktywizacyjnego

innego świadczenia pieniężnego z tytułu pozostawania bez pracy

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

Jeśli jesteś, wpisz od kiedy (dd/mm/rrrr)

Nie jestem uprawniony do żadnego z ww. świadczeń

## Uwagi

## Rachunek bankowy, na który ma być przekazywany zasiłek chorobowy

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

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku chorobowego na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek chorobowy wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

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

Data

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

---

Podpis

## **Pouczenie do wniosku o zasiłek chorobowy dla żołnierza zwolnionego z wykonywania czynnej służby wojskowej**

Zasiłek chorobowy po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej przysługuje, jeśli niezdolność do pracy z powodu choroby trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni i powstała w ciągu:

- 14 dni po zwolnieniu ze służby,
- 3 miesiące (90 dni) po zwolnieniu ze służby, jeśli niezdolność do pracy spowodowana jest chorobą zakaźną, której objawy ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku tej choroby (na zwolnieniu lekarskim lekarz powinien wpisać kod „E”).

### **Zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości:**

- 80% podstawy wymiaru zasiłku,
- 100% podstawy wymiaru, gdy niezdolność do pracy:
  - przypada w okresie ciąży,
  - powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek, narządów.

Podstawę obliczenia wysokości zasiłku chorobowego stanowi kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę.

### **Okres pobierania**

Zasiłek chorobowy za okres po zwolnieniu z wykonywania czynnej służby wojskowej przysługuje nie dłużej niż przez 91 dni. Nie dotyczy to niezdolności do pracy powstałej wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów oraz niezdolności spowodowanej gruźlicą lub występującej w trakcie ciąży.

### **Zasiłek chorobowy nie przysługuje, gdy:**

- masz ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, niezależnie od systemu ubezpieczenia/zaopatrzenia, na podstawie którego to prawo zostało ustalone,
- prowadzisz działalność zarobkową, która stanowi tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym,
- jesteś uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego,
- podlegasz obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników,
- otrzymujesz uposażenie po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej i równocześnie jesteś niezdolny do pracy.

**Jeżeli pobierasz zasiłek chorobowy za okres po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej i nie poinformujesz ZUS o zaistnieniu okoliczności, które mają wpływ na prawo do tego zasiłku, zasiłek ten zostanie uznany za nienależnie pobrany. Będzie on podlegał zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.**

### **Jakie dokumenty złożyć**

Jeśli ubiegasz się o zasiłek, złóż:

1. wniosek o zasiłek chorobowy dla żołnierza zwolnionego z wykonywania czynnej służby wojskowej (druk ZCZ),
2. wydruk zaświadczenia lekarskiego e-ZLA, jeśli otrzymałeś go od lekarza.

Jeśli otrzymałeś zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego i lekarz nie wprowadził go do systemu (zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym, którego nie widzisz na swoim profilu na portalu PUE ZUS), to łącznie z ZCZ przekaż do ZUS również otrzymane od lekarza zaświadczenie lekarskie.

W celu ustalenia uprawnień do zasiłku chorobowego przez ZUS niezbędne jest także zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3). O to zaświadczenie wystąpi do płatnika składek ZUS.

Jeżeli występujesz o zasiłek chorobowy za kolejny okres i nie zmieniły się okoliczności podane we wcześniejszym wniosku, nie musisz wypełniać na druku ZCZ sekcji *Oświadczenie*.

**Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2021 r. poz. 1133, z późn. zm.); ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz.U. poz. 655, z późn. zm.).**

---

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>