ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZNp-7

WNIOSEK
O ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE

Instrukcja wypełniania

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy
Wypełnij CZĘŚĆ I wniosku.
CZĘŚĆ II wniosku wypełnia płatnik składek.

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

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

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

CZĘŚĆ I. (wypełnij tę część wniosku)

Oświadczenie

Ubiegam się o świadczenie rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną

☐ ogólnym stanem zdrowia ☐ wypadkiem przy pracy ☐ chorobą zawodową

Informacje

1. Czy masz ustalone prawo do:

☐ emerytury
☐ renty z tytułu niezdolności do pracy
☐ wojskowej renty inwalidzkiej
☐ renty z tytułu niezdolności do służby
☐ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego
☐ rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, podaj przez kogo zostało ustalone prawo do świadczenia oraz od kiedy zostało przyznane (dd/mm/rrrr)

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

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, podaj przez kogo zostało ustalone prawo oraz od kiedy zostało przyznane (dd/mm/rrrr)

3. Czy złożyłeś wniosek o

☐ emeryturę
☐ rentę z tytułu niezdolności do pracy
☐ wojskową rentę inwalidzką
☐ rentę z tytułu niezdolności do służby
☐ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
☐ rodzicielskie świadczenie uzupełniające

☐ TAK ☐ NIE

dd / mm / rrrr

Jeśli **TAK**, podaj datę złożenia wniosku

4. Czy jesteś uprawniony do

☐ zasiłku dla bezrobotnych
☐ zasiłku przedemerytalnego
☐ świadczenia przedemerytalnego
☐ dodatku solidarnościowego

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

5. Czy jesteś uprawniony do urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

Rachunek bankowy

Podaj swój rachunek bankowy, na który mamy przekazywać świadczenie rehabilitacyjne

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

Data **dd / mm / rrrr**

Czytelny podpis

CZĘŚĆ II. Informacje o ubezpieczeniu i niezdolności do pracy (wypełnia płatnik składek)

Dane płatnika składek

NIP

REGON

Podaj, jeśli nie podałeś NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Podaj symbol PKD

Informacje o ubezpieczonym

1. Czy ubezpieczenie

Podaj imię i nazwisko ubezpieczonego

☐ trwa

☐ trwało do

dd / mm / rrrr

Podaj datę do kiedy trwało

2. Kod zawodu

Informacje o wypłaconych świadczeniach

Wypełnij tę część jeśli wypłacasz zasiłek chorobowy

1. Ubezpieczony jest niezdolny do pracy z powodu choroby od

dd / mm / rrrr

Podaj datę

2. W okresie niezdolności do pracy ubezpieczony otrzymał

☐ wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy

Podaj okresy od–do

☐ zasiłek chorobowy

Podaj okresy od–do

3. Okres zasiłkowy zakończy się z dniem | | | | | | | | | po ☐ 182 dniach ☐ 270 dniach

dd / mm / rrrr
Podaj datę

Data | | | | | | | | |
dd / mm / rrrr

Podpis upoważnionego pracownika, nr telefonu oraz pieczątka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko

Pieczątka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

POUCZENIE

Przez jaki okres przysługuje świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy (360 dni).

Okoliczności, które pozbawiają prawa do świadczenia rehabilitacyjnego

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje, jeśli:
- jesteś uprawniony do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, zasiłku dla bezrobotnych, dodatku solidarnościowego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego oraz urlopu dla poratowania zdrowia udzielonego na podstawie odrębnych przepisów,
- przebywasz w areszcie tymczasowym lub odbywasz karę pozbawienia wolności,
- korzystasz z urlopu bezpłatnego lub wychowawczego,
- wykonujesz w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego pracę zarobkową, bądź wykorzystujesz świadczenie rehabilitacyjne niezgodnie z jego celem.

Niezbędne dokumenty

Do wniosku dołącz:
- zaświadczenie o stanie zdrowia (druk OL-9) wypełnione przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na miesiąc przed datą kiedy składasz wniosek,
- wywiad zawodowy z miejsca pracy (druk OL-10) – ten druk nie jest wymagany, jeżeli wniosek składa osoba, której niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia, albo osoba prowadząca pozarolniczą działalność,
- protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku, jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy,
- decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej – jeśli niezdolność do pracy ma związek z chorobą zawodową.
  Nie musisz składać dokumentacji wypadkowej oraz decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, jeśli dokumenty te złożyłeś w ZUS wcześniej np. gdy składałeś wniosek o zasiłek chorobowy.
- jeżeli świadczenie rehabilitacyjne wypłaca ZUS – zaświadczenie płatnika składek:
  — Z-3 – dla pracowników,
  — Z-3b – dla ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność, ubezpieczonych współpracujących z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz duchownych,
  — Z-3a – dla pozostałych ubezpieczonych.

Zaświadczenie płatnika składek nie jest wymagane, jeżeli było złożone do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i nie uległy zmianie okoliczności, które mają wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru świadczenia.

Ważne!

Wniosek z kompletną dokumentacją złóż w placówce ZUS najbliższej Twojego miejsca zamieszkania, co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (182 dni, 270 dni) okresu zasiłkowego.

CZĘŚCI II nie wypełnia się, jeśli ubiegasz się o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres, po wyczerpaniu okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego krótszego niż 12 miesięcy.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków.

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