

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 rokuje 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	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Data urodzenia	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>dd / mm / rrrr</small>	
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL</small>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL</small>	
Imię	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Numer domu	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small>	
Numer telefonu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<small>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</small>	

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 jesteś uprawniony do

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> emerytury | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy |
| <input type="checkbox"/> wojskowej renty inwalidzkiej | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do służby |
| <input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego | <input type="checkbox"/> rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego |

TAK NIE

Jeśli **TAK**, podaj symbol i numer świadczenia oraz kto wypłaca

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> emeryturę | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do pracy |
| <input type="checkbox"/> wojskową rentę inwalidzką | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do służby |
| <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | <input type="checkbox"/> rodzicielskie świadczenie uzupełniające |

TAK NIE

dd / mm / rrrr
Jeśli **TAK**, podaj datę złożenia wniosku

4. Czy jesteś uprawniony do

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłku dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> zasiłku przedemerytalnego | <input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego |
|---|--|--|

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 EKD/ 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

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

Podaj datę

po 182 dniach 270 dniach

Data

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

dd / mm / rrrr

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

Pieczętka 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, 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 – jeżeli 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 w razie choroby 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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>