.....
(imię i nazwisko ubezpieczonego)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL[1)]

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

OŚWIADCZENIE
do celów świadczenia rehabilitacyjnego

Część I (wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie)

Oświadczam, że ubiegam się o świadczenie rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną *(właściwe podkreślić):*

1) ogólnym stanem zdrowia,
2) wypadkiem przy pracy,
3) chorobą zawodową.

Informuję, że:

1. Mam ustalone prawo/nie mam ustalonego prawa[2)] do emerytury/renty z tytułu niezdolności do pracy/renty z tytułu niezdolności do służby/wojskowej renty inwalidzkiej/nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego[2)]; jeżeli prawo jest ustalone, podać symbol, nr świadczenia i organ wypłacający .....
   ……
   W dniu ..... zgłosiłem(am) wniosek/nie zgłaszałem(am)[2)] wniosku o przyznanie emerytury/renty z tytułu niezdolności do pracy/renty z tytułu niezdolności do służby/wojskowej renty inwalidzkiej/nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego[2)].
2. Mam ustalone prawo/nie mam ustalonego prawa[2)] do: zagranicznej emerytury/renty z tytułu niezdolności do pracy[2)]. Prawo jest ustalone przez ……..…….. od dnia ……..…..…..
3. Byłem(am)/ nie byłem(am)[2)] badany(a) przez komisję lekarską ds. inwalidztwa i zatrudnienia (przed dniem 1 września 1997r.)/lekarza orzecznika ZUS[2)]; w przypadku badania podać oddział ZUS, datę badania i numer sprawy .....
4. Jestem zaliczony(a)/nie jestem zaliczony(a)[2)] do jednej z grupy inwalidów, jestem/nie jestem[2)]uznany(a) za osobę niezdolną do pracy; w przypadku zaliczenia/uznania podać grupę lub stopień niezdolności do pracy i nr akt …….....
5. Mam ustalone prawo/nie mam ustalonego prawa[2)] do zasiłku dla bezrobotnych/świadczenia przedemerytalnego/zasiłku przedemerytalnego[2)]; w przypadku ustalenia podać okres: ……
6. Jestem uprawniony(a)/nie jestem uprawniony(a)[2)] do urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów; w przypadku uprawnienia podać okres: .....
   Odbyłem(am) rehabilitację leczniczą/nie odbyłem(am) rehabilitacji leczniczej[2)] (dot. tylko skierowań na wczesną rehabilitację leczniczą wydanych w ramach systemu prewencji rentowej ZUS). W przypadku odbycia rehabilitacji, podać okres, oddział ZUS kierujący na rehabilitację oraz nazwę i adres ośrodka, w którym przeprowadzono rehabilitację .....

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo urlopu dla poratowania zdrowia udzielonego na podstawie odrębnych przepisów.

Za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje także w razie podjęcia lub kontynuowania działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby oraz w razie podlegania obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonemu w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje także w okresie przebywania w areszcie tymczasowym lub odbywania kary pozbawienia wolności, w okresie urlopu bezpłatnego lub wychowawczego, a także gdy ubezpieczony wykonuje pracę zarobkową albo wykorzystuje okres, na który świadczenie zostało przyznane w sposób niezgodny z jego celem.

Zobowiązuję się poinformować podmiot wypłacający świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach podanych wyżej danych.

[1)] W przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

[2)] Niepotrzebne skreślić.

Proszę o wypłatę świadczenia na rachunek bankowy nr:

....
(miejscowość i data) (podpis ubezpieczonego)

Część II. Informacja o ubezpieczeniu (wypełnia płatnik składek)

NIP płatnika składek [1)] REGON płatnika składek [1)]

										X															

PESEL płatnika składek Seria i numer dow. osob. albo innego dokumentu potw. tożsamość

											X														

Informuję, że ubezpieczenie Pana(i) .....
(imię i nazwisko)
trwa /trwało do dnia[2)] ……..…….

....
(nazwa i adres płatnika składek lub pieczątka płatnika składek, jeżeli ją posiada) (data i podpis upoważnionego pracownika, nr telefonu oraz pieczątka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko)

Część III. Informacja o niezdolności do pracy (wypełnia płatnik zasiłku chorobowego)

1. Symbol EKD/PKD ……..……..……..….
2. Stwierdza się, że Pan(i) .....
urodzony(a) ..... kod zawodu .....
jest niezdolny(a) do pracy od dnia ..... z powodu choroby i w okresie niezdolności do pracy otrzymał(a):
– wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy .....
– zasiłek chorobowy .....
…….…….…….
……...
……...
3. Okres zasiłkowy zakończy się z dniem ....., tj. po 182dniach/270 dniach[2)].

....
(nazwa i adres płatnika składek lub pieczątka płatnika składek, jeżeli ją posiada lub pieczątka terenowej jednostki ZUS) (data i podpis upoważnionego pracownika, nr telefonu oraz pieczątka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko)

Do oświadczenia należy załączyć:
1) zaświadczenie o stanie zdrowia (druk ZUS N-9) wystawione przez lekarza leczącego,
2) wywiad zawodowy z miejsca pracy (druk ZUS N-10) – ten druk nie jest wymagany, jeżeli oświadczenie składa ubezpieczony, którego niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia, albo osoba prowadząca pozarolniczą działalność,
3) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku, jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy,
4) decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej wydaną przez inspektora sanitarnego – w przypadku choroby zawodowej.

UWAGA: Oświadczenie z kompletną dokumentacją należy złożyć w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS właściwej według miejsca zamieszkania, co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (182 dni, 270 dni) okresu zasiłkowego. Części II i III nie wypełnia się w przypadku ubiegania się o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres, po wyczerpaniu się okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego krótszego niż 12 miesięcy.

[1)] Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
[2)] Niepotrzebne skreślić.