

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

Dotyczy: ustalenia prawa do zasiłku chorobowego lub opiekuńczego za dalszy okres

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeśli mamy ustalić Twojemu pracownikowi/ ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego lub opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny za dalszy okres jego nieprzerwanej niezdolności do pracy/ sprawowania opieki.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane płatnika składek

NIP	<input style="width: 100%;" type="text"/>
REGON	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP</small>
PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON</small>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru PESEL</small>
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Dane pracownika/ ubezpieczonego

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL</small>		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Podaj, jeśli adres jest inny niż Polski</small>		

Pracownik/ ubezpieczony wnioskuje o zasiłek chorobowy/ opiekuńczy

Podaj okres zwolnienia (daty od–do), oraz jeśli znasz – serię i numer zwolnienia lekarskiego.

Informacje o zatrudnieniu/ ubezpieczeniu

- Zatrudnienie/ tytuł ubezpieczenia trwa nadal: TAK NIE
- Zatrudnienie/ tytuł ubezpieczenia ustał z dniem:

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

dd / mm / rrrr
- Tytuł ubezpieczenia trwa nadal, ale ubezpieczenie chorobowe ustało/ ustanie z dniem:

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

dd / mm / rrrr

Data

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

dd / mm / rrrr

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

POUCZENIE

Pamiętaj, aby ZUS ustalił prawo do zasiłku chorobowego lub opiekuńczego Twojemu pracownikowi/ ubezpieczonemu musi otrzymać wniosek o zasiłek.

W czasie trwania zatrudnienia/ ubezpieczenia, w imieniu pracownika/ ubezpieczonego, Ty składasz do ZUS wniosek o zasiłek. Wnioskiem tym – w przypadku pierwszego zwolnienia – jest Zaświadczenie płatnika składek Z-3 (dla pracownika) lub Z-3a (dla ubezpieczonego z innego tytułu).

Jeśli ZUS ma ustalić prawo do zasiłku za dalszy nieprzerwany okres choroby lub sprawowania opieki, wnioskiem jest:

- Zaświadczenie płatnika składek Z-3 (dla pracownika) wypełnione do pkt 1 oraz pkt 5 sekcji *Informacja o pracowniku* lub Zaświadczenie płatnika składek Z-3a (dla ubezpieczonego z innego tytułu) wypełnione do sekcji *Informacja o ubezpieczonym*, albo
- Zaświadczenie płatnika składek ZAS-12.

Zaświadczenie Z-3/ Z-3a/ ZAS-12 złóż:

- jeśli masz profil PUE ZUS – w terminie 7 dni od dnia otrzymania zwolnienia lekarskiego na profilu,
- jeśli nie masz profilu PUE ZUS lub masz, ale nie widzisz na nim zwolnienia lekarskiego – w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymałeś od pracownika/ ubezpieczonego wydruk zwolnienie lekarskie lub zwolnienie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym).

Jeśli Twój pracownik/ ubezpieczony otrzymał zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym i lekarz nie wprowadził go do systemu (Ty nie widzisz go na swoim profilu na portalu PUE ZUS) łącznie z Z-3/ Z-3a lub ZAS-12 przełącz do ZUS również otrzymane od pracownika/ ubezpieczonego zaświadczenie lekarskie.

Jeśli nie masz profilu na PUE ZUS a Twój pracownik/ ubezpieczony otrzymał od lekarza zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym razem z Z-3/ Z-3a lub ZAS-12 przełącz do ZUS również otrzymane od pracownika/ ubezpieczonego zaświadczenie lekarskie.

Poinformuj ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, które uległy zmianie w stosunku do podanych wcześniej.

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>