

Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność lub współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność lub jesteś duchownym i mamy ustalić prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego lub świadczenia rehabilitacyjnego.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Zanim wypełnisz zaświadczenie, zapoznaj się z **Pouczeniem**

Dane płatnika składek

NIP	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
REGON	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie podałeś NIP													
PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON													
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL													
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Numer domu	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>											
Kod pocztowy	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski													

Dane osoby ubezpieczonej

Nie wypełniaj tej sekcji, jeśli dane płatnika składek i dane osoby ubezpieczonej są takie same

PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
	Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL													
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: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>											
Kod pocztowy	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski													

Ubezpieczony występuje o:

zasiłek chorobowy
 zasiłek opiekuńczy
 zasiłek macierzyński
 świadczenie rehabilitacyjne

za okres

Podaj okres od-do i jeśli ubiegasz się o zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny podaj – jeśli znasz – serię i numer zaświadczenia lekarskiego

Informacje o ubezpieczonym

1. Czy jest objęty:

ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (*ubezpieczenie chorobowe*) TAK NIE

ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (*ubezpieczenie wypadkowe*) TAK NIE

jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność

jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność

jako duchowny

2. Czy niezdolność do pracy powstała z powodu:

choroby zawodowej wypadku przy pracy wypadku w drodze do pracy lub z pracy

TAK NIE

Jeśli **TAK**, to podaj dokument potwierdzający (decyzja/ karta wypadku), numer oraz datę jego sporządzenia

Rachunek bankowy

Podaj rachunek bankowy (nie powinien to być rachunek firmy)

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

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich ZUS.

Data

dd	/	mm	/	rrrr					

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Pouczenie

Zaświadczenie płatnika składek Z-3b złoż w razie zmiany rodzaju pobieranego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli *zaświadczenie płatnika składek Z-3b* złożyłeś do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

Do wniosku o zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy, zasiłek macierzyński oraz świadczenie rehabilitacyjne dołącz dokumenty określone w rozporządzeniu 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. Wypłaty świadczeń z tytułu wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy ZUS dokonuje po uprzednim uznaniu zdarzenia za taki wypadek, dlatego też do wniosku dołącz niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza, które stwierdza że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Co musisz złożyć, aby otrzymać zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny

Aby otrzymać zasiłek musisz w ZUS złożyć wniosek o zasiłek. Wnioskiem o zasiłek jest:

- jeśli otrzymałeś pierwsze zwolnienie lekarskie – *Zaświadczenie płatnika składek Z-3b* lub ZAS-53.
- jeśli otrzymałeś kolejne zwolnienie lekarskie za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy:
 - *Zaświadczenie płatnika składek Z-3b* wypełnione do pkt 1 sekcji *Informacja o ubezpieczonym*, albo
 - *Wniosek o zasiłek chorobowy ZAS-53*, albo
 - wydruk zwolnienia lekarskiego, jeśli otrzymałeś go od lekarza.

Jeśli otrzymałeś zwolnienie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym) i lekarz nie wprowadził go do systemu (nie widzisz go na swoim profilu na PUE ZUS) łącznie z Z-3b lub ZAS-53 przekaż do ZUS również otrzymane od lekarza zwolnienie 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>