ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZNp-7

Wniosek
o świadczenie rehabilitacyjne

☐ wniosek pierwszorazowy

☐ wniosek o kontynuację świadczenia

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.
Część I wniosku wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie.
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 ubezpieczonego

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

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Rachunek bankowy

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne.
Jeśli nie wypełnisz tego pola, świadczenie rehabilitacyjne wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

CZĘŚĆ I. Oświadczenie wnioskodawcy

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

   ☐ 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

   ☐ rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego ☐ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

   ☐ 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

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

Data

dd / mm / rrrr

Podpis osoby ubiegającej się o świadczenie

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. 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

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 osoby upoważnionej, 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, 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,
- korzystasz z urlopu opiekuńczego przysługującego z Kodeksu pracy,
- wykonujesz w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego pracę zarobkową lub 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 dniem, w którym 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 jeśli prowadzisz pozarolniczą działalność,
- protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku – jeśli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy; jeżeli już dostarczyłeś te dokumenty do ZUS w innej sprawie, nie musisz składać ich ponownie,
- decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej – jeśli niezdolność do pracy ma związek z chorobą zawodową; jeżeli już dostarczyłeś te dokumenty do ZUS w innej sprawie, nie musisz składać ich ponownie,
- zaświadczenie płatnika składek, jeśli świadczenie rehabilitacyjne wypłaca ZUS; złóż druk:
  - Z-3 – gdy jesteś pracownikiem,
  - Z-3b – jeśli jesteś osobą współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność lub z osobą korzystającą z ulgi na start, jesteś osobą duchowną albo jesteś marynarzem,
  - Z-3a – w przypadku pozostałych ubezpieczonych.

Jeśli prowadzisz pozarolniczą działalność gospodarczą, nie jest wymagane dodatkowo złożenie w ZUS zaświadczenia Z-3b.
Dodatkowe dokumenty:
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia,
- informacja o miejscach leczenia – jeśli nie posiadasz dokumentacji medycznej, która mogłaby być dołączona do wniosku (formularz OL-9A).

Zaświadczenie płatnika składek nie jest wymagane, jeżeli było złożone do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i od tego czasu nie zmieniły się żadne okoliczności, które mają wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru świadczenia.

Ważne!
Wniosek z kompletną dokumentacją złóż w dowolnej terenowej jednostce organizacyjnej ZUS co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (91 dni, 182 dni, 270 dni) okresu zasiłkowego.
Części II płatnik składek nie wypełnia, 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

Skład: Poligrafia ZUS/W-wa; zam. nr 2985/25(E) Zakład Ubezpieczeń Społecznych w internecie – **www.zus.pl**