WNIOSEK
O ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE

DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIOBIORCY

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię pierwsze

06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer paszportu i datę urodzenia.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy – 02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu 08. Numer telefonu (1) 09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2) 11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

CZĘŚĆ I. (wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie)

Oświadczam, że ubiegam się o świadczenie rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną:
(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ ogólnym stanem zdrowia ☐ wypadkiem przy pracy ☐ chorobą zawodową

Informuję, że: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

1. ☐ Mam ustalone prawo ☐ nie mam ustalonego prawa do:
   - ☐ emerytury
   - ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy
   - ☐ renty z tytułu niezdolności do służby
   - ☐ wojskowej renty inwalidzkiej
   - ☐ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

Jeżeli prawo jest ustalone, podać:

Symbol i numer świadczenia:

Organ wypłacający:

W dniu: Data (dd/mm/rrrr) ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ zgłosiłem(am) wniosek ☐ nie zgłaszałem(am) wniosku o przyznanie:

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- ☐ emerytury
- ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy
- ☐ renty z tytułu niezdolności do służby
- ☐ wojskowej renty inwalidzkiej
- ☐ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

2. ☐ Mam ustalone prawo ☐ nie mam ustalonego prawa do: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)
   - ☐ zagranicznej emerytury
   - ☐ zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy

   Prawo jest ustalone przez:

   . . . . . .

   . . . . . .

   od dnia: Data od (dd/mm/rrrr) ☐☐☐☐☐☐☐☐

3. ☐ Byłem(am) ☐ nie byłem(am) badany(a) przez: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)
   - ☐ komisję lekarską ds. inwalidztwa i zatrudnienia (przed dniem 1 września 1997 r.)
   - ☐ lekarza orzecznika ZUS

   W przypadku badania podać:

   Oddział ZUS:
   ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

   datę badania: Data (dd/mm/rrrr) ☐☐☐☐☐☐☐☐

   Numer sprawy:
   ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4. ☐ Jestem zaliczony(a) ☐ nie jestem zaliczony(a) do jednej z grup inwalidów (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)
   ☐ Jestem uznany(a) ☐ nie jestem 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 do: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)
   - ☐ zasiłku dla bezrobotnych
   - ☐ świadczenia przedemerytalnego
   - ☐ zasiłku przedemerytalnego

   W przypadku ustalenia podać okres od: Data od (dd/mm/rrrr) ☐☐☐☐☐☐☐☐ do: Data do (dd/mm/rrrr) ☐☐☐☐☐☐☐☐

6. ☐ Jestem uprawniony(a) ☐ nie jestem uprawniony(a) do urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów
(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

w przypadku uprawnień podać okres od: Data od (dd/mm/rrrr) do: Data do (dd/mm/rrrr)

☐ Odbyłem(am) rehabilitację leczniczą ☐ nie odbyłem(am) rehabilitacji leczniczej (dotyczy tylko skierowań na wczesną rehabilitację leczniczą wydanych w ramach systemu prewencji rentowej ZUS) (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

W przypadku odbycia rehabilitacji podać okres od: Data od (dd/mm/rrrr) do: Data do (dd/mm/rrrr)

Oddział/Inspektorat ZUS kierujący na rehabilitację:

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.

Proszę o wypłatę świadczenia na rachunek bankowy nr:

Numer rachunku:

. . . .
(Miejscowość)

. . . .
(Data: dd/mm/rrrr)

. . . .
Podpis ubezpieczonego

CZĘŚĆ II: Informacja o ubezpieczeniu (wypełnia płatnik składek)

DANE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1)

02. Numer REGON (1)

03. Numer PESEL

04. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

(1) Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE ADRESOWE PŁATNIKA SKŁADEK – ADRES SIEDZIBY

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Pole nieobowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

Informuję, że ubezpieczenie Pana(i):

Imię

. . . . . .

Nazwisko

. . . . . .

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ trwa

☐ trwało do dnia: Data do (dd/mm/rrrr):

. . . . . .

Pieczątka płatnika składek, jeżeli ją posiada [1]

. . . . . (Miejscowość)

. . . . . (Data: dd/mm/rrrr)

. . . . . Podpis upoważnionego pracownika, nr telefonu oraz pieczątka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko [1]

[1] Pieczątka jest wymagana na dokumentach w formie papierowej.

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

1. Symbol EKD/PKD [2]: | | | | | |

2. Stwierdza się, że Pan(i):

Imię

. . . . . .

Nazwisko

. . . . . .

urodzony(a) Data (dd/mm/rrrr) | | | | | | | | | kod zawodu | | | | | | |

jest niezdolny(a) do pracy od dnia: Data od (dd/mm/rrrr): | | | | | | | | | z powodu choroby.

W okresie niezdolności do pracy otrzymał(a): (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ wynagrodzenia za okres niezdolności do pracy

. . . . . .

. . . . . .

☐ zasiłek chorobowy

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

3. Okres zasiłkowy zakończy się z dniem: Data (dd/mm/rrrr) | | | | | | | | | tj. po: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ 182 dniach ☐ 270 dniach

. . . . . .

Pieczątka płatnika składek, jeżeli ją posiada
lub pieczątka terenowej jednostki ZUS [1]

. . . . . (Miejscowość) . . . . . (Data: dd/mm/rrrr) . . . . . Podpis upoważnionego pracownika, nr telefonu oraz pieczątka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko [1]

INFORMACJA

Do wniosku należy załączyć:

1) zaświadczenie o stanie zdrowia (druk ZUS N-9) wypełnione 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: Wniosek 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] Pieczątka jest wymagana na dokumentach w formie papierowej
[2] Wypełnia płatnik składek