

## WNIOSEK O ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE

### Instrukcja wypełniania

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Wypełnij CZĘŚĆ I wniosku.

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 wnioskodawcy

PESEL	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
Data urodzenia	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">dd</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">mm</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">rrrr</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>												dd	/	mm	/	rrrr					
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 <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></span>																				
Kod pocztowy		Miejscowość <span style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></span>																				
Nazwa państwa																						
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski																					
Numer telefonu																						
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie																					

### CZĘŚĆ I. (wypełnij tę część wniosku)

#### Oświadczenie

Ubiegam się o świadczenie rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ogólnym stanem zdrowia | <input type="checkbox"/> wypadkiem przy pracy | <input type="checkbox"/> chorobą zawodową |
|---|---|---|

## Informacje

1. Czy jesteś uprawniony do

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> emerytury                                    | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy        |
| <input type="checkbox"/> wojskowej renty inwalidzkiej                 | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do służby       |
| <input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego | <input type="checkbox"/> rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego |

TAK  NIE

Jeśli **TAK**, podaj symbol i numer świadczenia oraz kto wypłaca

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> emeryturę                                | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do pracy    |
| <input type="checkbox"/> wojskową rentę inwalidzką                | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do służby   |
| <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | <input type="checkbox"/> rodzicielskie świadczenie uzupełniające |

TAK  NIE

dd / mm / rrrr  
Jeśli **TAK**, podaj datę złożenia wniosku

4. Czy jesteś uprawniony do

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłku dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> zasiłku przedemerytalnego | <input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego |
|---|--|--|

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

## Rachunek bankowy

Podaj swój rachunek bankowy, na który mamy przekazywać świadczenie rehabilitacyjne

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

Data

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

## CZĘŚĆ II. Informacje o ubezpieczeniu i niezdolności do pracy (wypełnia płatnik składek)

### Dane płatnika składek

NIP	<input type="text"/>									
REGON	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie podałeś NIP									
PESEL	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL									
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>									
Ulica	<input type="text"/>									
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>							
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>							
Nazwa państwa	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski									
Podaj symbol EKD/ PKD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Informacje o ubezpieczonym

1. Czy 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

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

Podaj datę

po  182 dniach  270 dniach

Data

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

dd / mm / rrrr

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

Pieczętka 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,
- wykonujesz w okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego pracę zarobkową, bądź 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 datą kiedy 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 osoba prowadząca pozarolniczą działalność,
- protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku, jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy,
- decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej – jeśli niezdolność do pracy ma związek z chorobą zawodową.  
Nie musisz składać dokumentacji wypadkowej oraz decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, jeśli dokumenty te złożyłeś w ZUS wcześniej np. gdy składałeś wniosek o zasiłek chorobowy.
- jeżeli świadczenie rehabilitacyjne wypłaca ZUS – zaświadczenie płatnika składek:
  - Z-3 – dla pracowników,
  - Z-3b – dla ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność, ubezpieczonych współpracujących z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz duchownych,
  - Z-3a – dla pozostałych ubezpieczonych.

**Zaświadczenie płatnika składek nie jest wymagane, jeżeli było złożone do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego i nie uległy zmianie okoliczności, które mają wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru świadczenia.**

### Ważne!

Wniosek z kompletną dokumentacją złóż w placówce ZUS najbliższej Twojego miejsca zamieszkania, co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (182 dni, 270 dni) okresu zasiłkowego.

CZĘŚCI II nie wypełnia się, 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 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>