. . . . . .
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

. . . . . .
(adres zamieszkania)

PESEL[1] NIP[1]

											X										

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

WNIOSEK
o świadczenie rehabilitacyjne

Część I. (wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie)

Składam wniosek o przyznanie mi świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną *(właściwe podkreślić)*:
1) ogólnym stanem zdrowia,
2) wypadkiem przy pracy,
3) chorobą zawodową,

Informuję, że:

1. Mam ustalone prawo – nie mam ustalonego prawa[2] do emerytury – renty z tytułu niezdolności do pracy[2], jeżeli tak podać symbol i nr świadczenia . . . . . z Oddziału ZUS w . . . . . .

   W dniu . . . . . zgłosiłem(am) wniosek o przyznanie emerytury-renty z tytułu niezdolności do pracy[2]
   – nie zgłaszałem(am) wniosku o przyznanie emerytury-renty z tytułu niezdolności do pracy[2]
2. Byłem(am) – nie byłem(am)[2] badany(a) przez komisję lekarską ds. inwalidztwa i zatrudnienia przed 1 września 1997 r. – lekarza orzecznika ZUS[2], jeżeli tak, podać oddział ZUS, datę badania i numer sprawy . . . . . .
3. Jestem – nie jestem zaliczony(a)[2] do jednej z grup inwalidów, jestem – nie jestem uznany(a)[2] za osobę niezdolną do pracy, jeżeli tak podać grupę lub stopień niezdolności do pracy i nr akt . . . . . .
   . . . . . .
4. Mam ustalone prawo – nie mam ustalonego prawa[2] do zasiłku dla bezrobotnych – świadczenia przedemerytalnego – zasiłku przedemerytalnego[2], jeżeli tak podać od kiedy . . . . . .
5. Jestem – nie jestem[2] uprawniony(a) do urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli tak podać od kiedy . . . . . .
6. Odbyłem(am) rehabilitację leczniczą – nie odbyłem(am) rehabilitacji leczniczej[2] (dot. tylko skierowań na wczesną rehabilitację leczniczą wydanych w ramach systemu prewencji rentowej ZUS). Jeżeli tak, podać okres, oddział ZUS kierujący na rehabilitację oraz nazwę i adres ośrodka, w którym przeprowadzono rehabilitację . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

Zobowiązuję się poinformować podmiot wypłacający świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, jakie powstały w stosunku do wyżej podanych danych.

(Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego albo urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie odrębnych przypisów.
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 określonego w przypisach o ubezpieczeniu społecznym rolników).

. . . . . .
(miejscowość i data)

. . . . . .
(podpis ubezpieczonego)

---

[1] W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
[2] Niepotrzebne skreślić.

Część II. Informacja o niezdolności do pracy (wypełnia płatnik składek)

NIP płatnika składek[1)] REGON płatnika składek[1)]

										X														

PESEL płatnika składek Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

											X													

Symbol EKD/PKD . . . . . .

Stwierdza się, że Pan(i) . . . . . .

urodzony(a) . . . . . kod zawodu . . . . . .

jest niezdolny(a) do pracy od dnia . . . . . z powodu choroby i w okresie niezdolności do pracy otrzymał(a):

— wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy od dnia . . . . . .do dnia . . . . . .

— zasiłek chorobowy od dnia . . . . . do dnia . . . . . .

Okres zasiłkowy zakończy się z dniem . . . . . , tj. po 182, 270 dniach[2)].

. . . . . .
(pieczęć płatnika składek)

. . . . . .
(data, pieczątka i podpis upoważnionego pracownika)

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) – druk ten nie jest wymagany jeżeli wniosek 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 – w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej 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 oddziale ZUS co najmniej na 6 tygodni przed zakończeniem pełnego (182, 270 dni) okresu zasiłkowego.

---

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