

**WNIOSEK
O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA
O PRZEDŁOŻENIU WNIOSKU O ZASIŁEK / ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE
ZA OKRES PO USTANIU UBEZPIECZENIA**

MIEJSCE ZŁOŻENIA PISMA

01. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH - ODDZIAŁ / INSPEKTORAT w:

--	--	--	--

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. Numer PESEL (1)

--	--	--	--

04. Nazwisko

--

05. Imię

--

03. Seria i numer dokumentu

--	--	--	--

06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

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)

--

(1) Podanie numeru telefonu 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.

Proszę o wydanie zaświadczenia o przedłożeniu wniosku o zasiłek / świadczenie rehabilitacyjne.

Rodzaj świadczenia: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr):		Data do (dd / mm / rrrr):

<input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr):		Data do (dd / mm / rrrr):

<input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>
	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>
	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>
	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>

<input type="checkbox"/> zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>
	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>
	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>
	za okres od:	Data od (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>	do:	Data do (dd / mm / rrrr): <input type="text"/>

Zaświadczenie jest niezbędne w celu:

.....

.....

.....

Zaświadczenie: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać pocztą na adres:

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES DO KORESPONDENCJI (4)

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)

(1) Podanie numeru telefonu 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.
 (4) Wypełnić w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania.

Proszę o wydanie zaświadczenia w liczbie: egzemplarzy.

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