



Zakład Ubezpieczeń Społecznych

01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3 , 5

Informator dla lekarzy
orzekających o czasowej
niezdolności do pracy

Informator

Informator dla lekarzy orzekających
o czasowej niezdolności do pracy

Spis treści

I. ZASADY NABYWANIA PRAWA DO ZASIŁKÓW Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO W RAZIE CHOROBY I MACIERZYŃSTWA	4
1. Zasiłek chorobowy.....	4
<i>Zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia</i>	<i>5</i>
<i>Wysokość zasiłku chorobowego</i>	<i>6</i>
<i>Wystawianie zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA</i>	<i>7</i>
2. Świadczenie rehabilitacyjne	8
3. Zasiłek wyrównawczy.....	9
4. Zasiłek macierzyński	10
5. Zasiłek opiekuńczy	11
II. DOKUMENTOWANIE PRAWA DO ZASIŁKÓW I KONTROLA ORZEKANIA O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY.....	13
1. Dokumentowanie prawa do zasiłków	13
2. Kontrola orzekania o czasowej niezdolności do pracy.....	15
Załączniki	17
<i>Sposób wypełniania zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA</i>	<i>17</i>
<i>Przykładowy wzór pełnomocnictwa dla jednego lekarza</i>	<i>19</i>
<i>Przykładowy wzór pełnomocnictwa dla kilku lekarzy.....</i>	<i>20</i>
<i>ZUS ZLA - Zaświadczenie lekarskie</i>	<i>21</i>
<i>ZUS ZLA/K - Zaświadczenie lekarskie wydane w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS.....</i>	<i>22</i>

I. ZASADY NABYWANIA PRAWA DO ZASIŁKÓW Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO W RAZIE CHOROBY I MACIERZYŃSTWA

Zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t. jedn. Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.) świadczenia pieniężne - na warunkach i w wysokości określonych tą ustawą - przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. jedn. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.).

Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanego ubezpieczeniem chorobowym, obejmują:

- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne,
- zasiłek wyrównawczy,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

Zgodnie z ustawą z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t. jedn. Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.) świadczenia z tytułu choroby spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową przysługują osobom objętym ubezpieczeniem w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zwanym ubezpieczeniem wypadkowym, określonym powołaną ustawą z dnia 13 października 1998 r.

Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia wypadkowego obejmują:

- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne,
- zasiłek wyrównawczy.

Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne przysługują wszystkim osobom objętym ubezpieczeniem wypadkowym, natomiast zasiłek wyrównawczy - wyłącznie ubezpieczonym będącym pracownikami.

1. Zasiłek chorobowy

Zasiłek chorobowy **przysługuje** ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego.

Na równi z niezdolnością do pracy z powodu choroby traktuje się niemożność wykonywania pracy:

- w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ lub uprawniony podmiot na podstawie przepisów o chorobach zakaźnych i zakażeniach,
- z powodu przebywania w:
 - stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego,
 - stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
 - wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla dawców komórek, tkanek i narządów.

Pracownikom, osobom wykonującym pracę nakładczą i osobom odbywającym służbę zastępczą zasiłek chorobowy przysługuje od 34. dnia niezdolności do pracy spowodowanej chorobą w ciągu roku kalendarzowego, a jeżeli ukończyli 50 rok życia – od 15. dnia niezdolności do pracy w ciągu roku kalendarzowego. Za okres pierwszych 33 lub odpowiednio 14 dni w każdym roku kalendarzowym zachowują oni prawo do wynagrodzenia na podstawie art. 92 Kodeksu pracy. 14-dniowy okres wypłaty wynagrodzenia za czas choroby ma zastosowanie od następnego roku kalendarzowego, w którym osoba będąca pracownikiem, osoba wykonująca pracę nakładczą albo osoba odbywająca służbę zastępczą ukończyła 50 rok życia. Przepis dotyczący 14-dniowego okresu wypłaty wynagrodzenia za okres choroby wszedł w życie 1 lutego 2009 r.

W przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, ubezpieczonemu będącemu pracownikiem przysługuje zasiłek chorobowy, nawet jeżeli nie wykorzystał okresu 33 lub odpowiednio 14 dni wypłaty wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 Kodeksu pracy.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby, nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została gruźlicą (kod **D**) albo przypada w okresie ciąży, nie dłużej niż przez 270 dni. Jest to tzw. **okres zasiłkowy**.

Do okresu zasiłkowego **wlicza się** wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn podanych wyżej.

W przypadku gdy między poszczególnymi okresami niezdolności do pracy nie ma przerw, okresy te są sumowane do jednego okresu zasiłkowego (182 lub 270 dni) nawet wówczas, gdy niezdolność do pracy spowodowana jest różnymi chorobami.

W przypadku gdy w niezdolności do pracy wystąpi przerwa, a po przerwie niezdolność do pracy jest spowodowana inną chorobą niż przed przerwą, okres zasiłkowy liczony jest od początku okresu niezdolności do pracy, która powstała po przerwie. Kod literowy **A** nie powinien być wówczas zamieszczany.

Do okresu zasiłkowego wlicza się także okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni (kod **A**).

Ważne jest wpisywanie odpowiednich kodów literowych w zaświadczeniach lekarskich wystawianych na druku ZUS ZLA, gdyż od tego zależy prawidłowe ustalenie okresu zasiłkowego i wysokości zasiłku chorobowego. W związku z tym, że informacja o numerze statystycznym choroby jest niedostępna dla płatników składek, kod literowy stanowi jedyną informację w tym zakresie dla płatników składek, którzy mają ustawowy obowiązek ustalania uprawnień do zasiłków i ich wypłaty. Brak kodu literowego **A**, w przypadkach, w których powinien być on zamieszczony, może być przyczyną nadpłat zasiłków.

Do okresu zasiłkowego nie wlicza się okresu niezdolności do pracy, za który nie przysługuje zasiłek chorobowy w związku z nieposiadaniem przez ubezpieczonego wymaganego okresu ubezpieczenia (przypadającej w czasie tzw. okresu wyczekiwania na prawo do zasiłku), niezdolności do pracy przypadającej w czasie urlopu bezpłatnego, wychowawczego albo w czasie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności.

Zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia

Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała:

- nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego - w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby (kod **E**).

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy:

- ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,
- kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby,
- nie nabyła prawa do zasiłku w czasie ubezpieczenia z powodu nieprzepracowania tzw. okresu wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego,
- jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,.
- podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonego w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego.

Wysokość zasiłku chorobowego

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi **80%** podstawy wymiaru zasiłku.

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi **100%** podstawy wymiaru zasiłku, jeżeli niezdolność do pracy:

- przypada w okresie ciąży (kod **B**),
- powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy,
- powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów lub poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów,
- powstała wskutek wypadku przy pracy albo choroby zawodowej.

Miesięczny zasiłek chorobowy za okres pobytu w szpitalu wynosi 70% podstawy wymiaru zasiłku.

Od 1 stycznia 2011 r. miesięczny zasiłek chorobowy za okres pobytu w szpitalu przypadający od 15 do 33 dnia niezdolności do pracy w roku kalendarzowym w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia, wynosi 80 % podstawy wymiaru zasiłku. Wyższa wysokość zasiłku chorobowego w związku z pobytem w szpitalu ma zastosowanie do niezdolności do pracy z powodu choroby przypadającej po roku kalendarzowym, w którym pracownik ukończył 50 rok życia, w czasie zatrudnienia.

Zasada dotycząca wyższej wysokości zasiłku chorobowego w związku z pobytem w szpitalu ma zastosowanie do ubezpieczonych niebędących pracownikami, do których ma zastosowanie art. 92 Kodeksu pracy, tj. osób wykonujących pracę nakładczą oraz osób odbywających służbę zastępczą, w czasie ubezpieczenia.

Jeżeli ubezpieczony ma prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100%, nie obniża się jego wysokości do 70%, jeżeli osoba pobierająca ten zasiłek przebywa w szpitalu.

Zasiłek chorobowy **nie przysługuje** za okresy niezdolności do pracy przypadającej w czasie:

- urlopu bezpłatnego,
- urlopu wychowawczego,
- tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania.

Okresów niezdolności do pracy, w czasie których zasiłek chorobowy z podanych wyżej przyczyn nie przysługuje, nie wlicza się do okresu zasiłkowego.

Ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności (kod **C**).

Ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia, traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje w przypadku gdy zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane.

Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego należy:

- osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym oraz
- duchownym, będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenie

nie przysługuje w razie stwierdzenia zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przewyższającą 6,60 zł - do czasu spłaty całości zadłużenia. Jeżeli spłata całości zadłużenia nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku albo odpowiednio od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, ubezpieczonemu przysługuje zasiłek za cały okres orzeczonej niezdolności do pracy. W przypadku uregulowania przez ubezpieczonego całości zadłużenia po upływie 6 miesięcy od dnia wypadku lub od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku od dnia spłaty całości zadłużenia. Prawo do zasiłku za okres przed tą datą ulega przedawnieniu.

Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje, gdy wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa. Zasiłek nie przysługuje także ubezpieczonemu, który będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych,

przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku. W przypadku gdy ubezpieczony odmówi poddania się badaniu mającemu na celu ustalenie zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie lub przez swoje zachowanie uniemożliwi przeprowadzenie takiego badania, prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje. Przyznanie prawa do tego zasiłku może nastąpić, jeśli ubezpieczony udowodni, że miały miejsce przyczyny uniemożliwiające poddanie się temu badaniu.

W przypadku gdy będą miały miejsce takie okoliczności i ubezpieczony nie będzie miał prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, osobie objętej ubezpieczeniem chorobowym przysługuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego na zasadach określonych powołaną ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. Oznacza to, że zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego:

- będzie przysługiwać pracownikowi począwszy od 34. lub odpowiednio 15 dnia niezdolności do pracy w ciągu roku kalendarzowego,
- będzie przysługiwać po upływie okresu wyczekiwania,
- nie będzie przysługiwać za okres pierwszych 5 dni niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta została spowodowana nadużyciem alkoholu,
- będzie przysługiwać w wysokości 80% lub 70% podstawy wymiaru zasiłku, jeśli nie będą miały miejsca okoliczności dające prawo do zasiłku w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Wystawianie zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA

Dowodem wymaganym do wypłaty zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy z powodu choroby lub przebywania w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej są odpowiednie zaświadczenia lekarskie, wystawione na druku [ZUS ZLA](#) przez lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera upoważnionego do wystawiania takich zaświadczeń.

Podstawą do wypłaty zasiłku chorobowego oraz zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem lub chorym innym członkiem rodziny są zaświadczenia lekarskie na druku ZUS ZLA wystawione prawidłowo, tj. zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

Od 17 stycznia 2006 r. obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2005 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2006 nr 1, poz. 3). Przepisy tego rozporządzenia mają zastosowanie do zaświadczeń lekarskich wystawionych po 16 stycznia 2006 r. Zatem od 17 stycznia 2006 r. przy wystawianiu zaświadczeń lekarskich obowiązują następujące zasady.

- Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania. W niektórych przypadkach zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się później niż od dnia następującego po dniu badania, nie później jednak niż od czwartego dnia po dniu badania, jeżeli:
 - bezpośrednio po badaniu przypadają dni wolne od pracy albo
 - badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej niezdolności do pracy.
- Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres wsteczny, nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy. Wyłącznie lekarz psychiatra może wystawić zaświadczenie lekarskie na okres wcześniejszy niż 3 dni poprzedzające dzień badania, w razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.
- Zaświadczenie lekarskie stwierdzające pobyt ubezpieczonego w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (m.in. w szpitalu) wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z tego zakładu. Jednakże w razie dłuższego niż 14 dni pobytu ubezpieczonego w zakładzie, zaświadczenie lekarskie wystawia się co 14 dni w celu umożliwienia wypłaty zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za okres choroby. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające okres pobytu ubezpieczonego w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej może być, na wniosek ubezpieczonego, wystawione w terminie późniejszym.

- W razie ubezpieczenia z dwóch lub więcej tytułów, na wniosek ubezpieczonego wystawia się odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich. Zaświadczenie dla kolejnego płatnika zasiłku, potwierdzające wcześniej orzeczoną dla innego płatnika niezdolność do pracy może być, na wniosek ubezpieczonego, także wystawione w terminie późniejszym.

Nie uległy zmianie przepisy powołanego rozporządzenia, zgodnie z którymi zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny. Przy wystawianiu ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby należy brać pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego, z uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy.

2. Świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne **przysługuje** ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

O wymienionych okolicznościach orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Sprzeciw może być zgłoszony w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia lekarza orzecznika. Prezes ZUS może, w terminie 14 dni od dnia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika, zgłosić zarzut wadliwości tego orzeczenia i przekazać sprawę do rozpatrzenia komisji lekarskiej. Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

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 oraz do urlopu dla poratowania zdrowia, udzielonego na podstawie odrębnych przepisów, natomiast za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia dodatkowo - jeżeli ubezpieczony kontynuuje lub podjął działalność zarobkową albo podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Świadczenie rehabilitacyjne wynosi **90%** podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy (90 dni) i **75%** tej podstawy - za pozostały okres. Jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży albo niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej - **100%** podstawy wymiaru.

Likwidacji uległa 100% wysokość świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Osoba pobierająca świadczenie rehabilitacyjne traci do niego prawo, jeżeli w okresie niezdolności do pracy wykonuje pracę zarobkową lub wykorzystuje świadczenie w sposób niezgodny z jego celem.

Świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego należy:

- osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym oraz
- duchownym, będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenie

nie przysługuje w razie stwierdzenia zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przewyższającą 6,60 zł - do czasu spłaty całości zadłużenia. Jeżeli spłata całości zadłużenia nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku albo odpowiednio od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, świadczenie przysługuje ubezpieczonemu za cały okres orzeczonej niezdolności do pracy. W przypadku uregulowania przez ubezpieczonego całości zadłużenia po upływie 6 miesięcy od dnia wypadku lub od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia od dnia spłaty całości zadłużenia. Prawo do świadczenia za okres przed tą datą ulega przedawnieniu.

Świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje, gdy wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa. Świadczenie nie przysługuje także ubezpieczonemu, który będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku albo gdy ubezpieczony odmówi poddania się badaniu mającemu na celu ustalenie zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie lub przez swoje zachowanie uniemożliwi przeprowadzenie takiego badania. Przyznanie prawa do świadczenia może nastąpić, jeśli ubezpieczony udowodni, że miały miejsce przyczyny uniemożliwiające poddanie się temu badaniu.

Przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego może nastąpić na wniosek ubezpieczonego złożony na druku [ZUS Np-7](#) Oświadczenie do celów świadczenia rehabilitacyjnego, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznawania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2012 r. poz. 444).

3. Zasiłek wyrównawczy

Zasiłek wyrównawczy przysługuje ubezpieczonemu będącemu pracownikiem ze zmniejszoną sprawnością do pracy, wykonującemu pracę:

- w zakładowym lub międzyzakładowym ośrodku rehabilitacji zawodowej,
- u pracodawcy na wyodrębnionym stanowisku pracy, dostosowanym do potrzeb adaptacji lub przyuczenia do określonej pracy,

jeżeli jego miesięczne wynagrodzenie osiągnięte podczas rehabilitacji jest niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ustalonego według zasad obowiązujących przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków.

O potrzebie przeprowadzania rehabilitacji zawodowej orzekają wojewódzkie ośrodki medycyny pracy lub lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Prawo do zasiłku wyrównawczego ustaje:

- z chwilą zakończenia rehabilitacji zawodowej i przesunięcia do innej pracy, nie później jednak niż po 24 miesiącach od dnia, w którym pracownik podjął rehabilitację,
- jeżeli z uwagi na stan zdrowia pracownika rehabilitacja zawodowa stała się niecelowa.

O tym, że z uwagi na stan zdrowia rehabilitacja zawodowa pracownika jest niecelowa, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Do orzeczeń lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydanych po 31 grudnia 2004 r. w sprawach dotyczących rehabilitacji zawodowej stosuje się odpowiednio tryb postępowania określony dla świadczenia rehabilitacyjnego.

Zasiłek wyrównawczy nie przysługuje pracownikowi uprawnionemu do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

Jeżeli konieczność poddania się rehabilitacji zawodowej spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową zasiłek wyrównawczy przysługuje z ubezpieczenia wypadkowego, w pozostałych przypadkach z ubezpieczenia chorobowego.

4. Zasiłek macierzyński

Zasiłek macierzyński **przysługuje** ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego:

- urodziła dziecko,
- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia,

- przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem, dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Urlop macierzyński i zasiłek macierzyński przysługują przez okres:

- 20 tygodni (140 dni) w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 31 tygodni (217 dni) w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie,
- 33 tygodni (231 dni) w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie,
- 35 tygodni (245 dni) w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie,
- 37 tygodni (259 dni) w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

Nie więcej niż 6 tygodni urlopu macierzyńskiego może przypadać przed przewidywaną datą porodu, natomiast po porodzie przysługuje urlop macierzyński niewykorzystany przed porodem, aż do wykorzystania przysługującego pełnego wymiaru. Należy zaznaczyć, że pracownica może, ale nie musi korzystać z urlopu macierzyńskiego i zasiłku macierzyńskiego przed porodem. Jest to jej przywilej, a nie obowiązek. Zasada ta dotyczy także ubezpieczonej niebędącej pracownicą.

Po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego przez okres co najmniej 14 tygodni, ubezpieczona może zrezygnować z pobierania zasiłku macierzyńskiego za pozostały okres. W takim przypadku niewykorzystany okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego przysługuje ubezpieczonemu - ojcu dziecka w okresie przypadającym bezpośrednio po terminie rezygnacji z części zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną.

W razie urodzenia dziecka martwego lub zgonu dziecka przed upływem 8 tygodni życia, zasiłek macierzyński przysługuje w wymiarze 8 tygodni (56 dni) po porodzie, nie krócej jednak niż przez 7 dni od dnia zgonu dziecka.

Ubezpieczonej, która urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie, a jedno z dzieci było martwo urodzone lub nastąpił jego zgon w okresie pierwszych 8 tygodni życia, zasiłek macierzyński przysługuje przez okres odpowiedni do liczby dzieci pozostałych przy życiu.

W razie zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia ubezpieczona ma prawo do zasiłku macierzyńskiego przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka. Jeżeli ubezpieczona urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie i nastąpił zgon dziecka (dzieci) po upływie 8 tygodni życia, zasiłek macierzyński przysługuje przez okres odpowiedni do liczby dzieci pozostałych przy życiu.

W razie urodzenia dziecka wymagającego opieki szpitalnej ubezpieczona, która pobrała zasiłek po porodzie za okres 8 tygodni, może pozostały zasiłek wykorzystać w terminie późniejszym, po wypisaniu dziecka ze szpitala.

Ubezpieczonej, która rezygnuje z wychowywania dziecka i oddaje je innej osobie w celu przysposobienia lub do domu małego dziecka, zasiłek macierzyński przysługuje do dnia oddania dziecka, nie krócej jednak niż przez okres 8 tygodni po porodzie.

W razie śmierci ubezpieczonej lub porzucenia przez nią dziecka zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, jeżeli przerwą zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. W takim przypadku okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego zmniejsza się o okres wypłaty tego zasiłku ubezpieczonej - matce dziecka.

Zasiłek macierzyński przysługuje również w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w okresie ciąży:

- wskutek ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy,
- z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu.

Ubezpieczonej będącej pracownicą, z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego po ustaniu ubezpieczenia przysługuje również ubezpieczonej będącej pracownicą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, z którą umowa o pracę na podstawie art. 177 § 3 Kodeksu pracy została przedłużona do dnia porodu.

Od 1 stycznia 2009 r. prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje ubezpieczonemu-ojcu wychowującemu dziecko za okres sprawowania opieki nad dzieckiem, w przypadku gdy ubezpieczona-matka dziecka, po wykorzystaniu przez nią zasiłku macierzyńskiego w wymiarze 8 tygodni po porodzie, wymaga opieki szpitalnej ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem. Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje wyłącznie za okres pobytu matki dziecka w szpitalu i łączny okres zasiłku macierzyńskiego wypłaconego ubezpieczonej i ubezpieczonemu-ojcu dziecka nie może przekraczać wymiaru określonego w art. 180 § 1 Kodeksu pracy.

Z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie i wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie jego przysposobienia lub przyjęcia dziecka na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego i zasiłek macierzyński przysługuje przez okres:

- 20 tygodni (140 dni) w przypadku przyjęcia jednego dziecka,
 - 31 tygodni (217 dni) w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga dzieci,
 - 33 tygodni (231 dni) w przypadku jednoczesnego przyjęcia trojga dzieci,
 - 35 tygodni (245 dni) w przypadku jednoczesnego przyjęcia czworga dzieci,
 - 37 tygodni (259 dni) w przypadku jednoczesnego przyjęcia pięciorga i więcej dzieci,
- nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10 roku życia.

Jeżeli pracownica przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10 roku życia, ma prawo do 9 tygodni (63 dni) urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Od 1 stycznia 2010 r. wprowadzono dodatkowy urlop macierzyński, którego wymiar od 17 czerwca 2013 r. wynosi:

- 1) w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie – do 6 tygodni,
- 2) w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie – do 8 tygodni.

Wymiar dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, od 17 czerwca 2013 r. wynosi:

- 1) w przypadku przyjęcia na wychowanie jednego dziecka – do 6 tygodni,
- 2) w przypadku jednoczesnego przyjęcia na wychowanie więcej niż jednego dziecka – do 8 tygodni,
- 3) w przypadku korzystania z uprawnień do minimalnego wymiaru urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego – do 3 tygodni.

Dodatkowy urlop macierzyński oraz dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego jest udzielany jednorazowo lub najwyżej w dwóch częściach przypadających bezpośrednio jedna po drugiej, w wymiarze tygodnia lub jego wielokrotności, bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego. Dodatkowego urlopu udziela pracodawca na pisemny wniosek pracownicy, składany w terminie nie krótszym niż 14 dni przed rozpoczęciem korzystania z tego urlopu. Pracownica korzystająca z dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego może łączyć korzystanie z tego urlopu z wykonywaniem pracy u pracodawcy, który udzielił urlopu w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. W takim przypadku, dodatkowy urlop jest udzielany na pozostałą część dobowego wymiaru czasu pracy. Podjęcie pracy w czasie dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego następuje na pisemny wniosek pracownicy, złożony w terminie nie krótszym niż 14 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy. We wniosku pracownica wskazuje wymiar czasu pracy oraz okres, przez który zamierza łączyć korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego z wykonywaniem pracy.

Z dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego wraz z możliwością jego łączenia z wykonywaniem pracy u pracodawcy, który udzielił dodatkowego urlopu, może skorzystać pracownik – ojciec wychowujący dziecko, w przypadku gdy pracownica matka dziecka z tych uprawnień nie korzysta.

Od 17 czerwca 2013 r. wprowadzono nowy rodzaj urlopu, za okres którego przysługuje zasiłek macierzyński, tj. urlop rodzicielski. Urlop rodzicielski przysługuje w wymiarze 26 tygodni z tytułu urodzenia dziecka lub

przyjęcia dziecka na wychowanie. Wymiar urlopu rodzicielskiego nie jest uzależniony od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie (lub przyjętych na wychowanie). Udzielenie urlopu rodzicielskiego musi być poprzedzone wykorzystaniem urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu macierzyńskiego w pełnym wymiarze, a w przypadku przyjęcia na wychowanie dziecka odpowiednio urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego. Urlop rodzicielski jest udzielany na wniosek złożony w terminie nie krótszym niż 14 dni przed rozpoczęciem korzystania z tego urlopu, jednorazowo albo nie więcej niż w trzech częściach. Każda z części udzielonego urlopu rodzicielskiego musi być wielokrotnością tygodnia i nie może być krótsza niż 8 tygodni. Części urlopu rodzicielskiego muszą przypadać bezpośrednio jedna po drugiej. Uprawnieniami do urlopu rodzicielskiego rodzice mogą się dzielić albo korzystać z nich jednocześnie. Mogą również łączyć korzystanie z urlopu rodzicielskiego z pracą w wymiarze nie wyższym niż połowa wymiaru czasu pracy.

Od 1 stycznia 2012 r. pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo do urlopu ojcowskiego i zasiłku macierzyńskiego przez okres - 2 tygodni, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 12 miesięcy życia.

Do 2 tygodni urlopu ojcowskiego i zasiłku macierzyńskiego od 1 stycznia 2011 r. ma prawo pracownik ojciec wychowujący dziecko przysposobione, nie dłużej niż do upływu 12 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 10 roku życia.

Urlop ojcowski i zasiłek macierzyński za okres tego urlopu przysługuje niezależnie od urlopu macierzyńskiego przysługującego pracownicy oraz ewentualnego korzystania przez pracownika – ojca wychowującego dziecko z urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu macierzyńskiego. Urlopu ojcowskiego udziela pracodawca na pisemny wniosek pracownika – ojca wychowującego dziecko, złożony w terminie nie krótszym niż 7 dni przed rozpoczęciem korzystania z urlopu.

Za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu ojcowskiego przysługuje zasiłek macierzyński.

Miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego wynosi **100%** podstawy wymiaru zasiłku, natomiast za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu rodzicielskiego wynosi 60 % podstawy wymiaru zasiłku.

Jeżeli ubezpieczona nie później niż w ciągu 14 dni po porodzie albo po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub po przyjęciu dziecka jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, złoży wniosek o udzielenie jej dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze - w przypadku pracownicy albo o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający tym urlopom w pełnym wymiarze – w przypadku pozostałych osób uprawnionych do zasiłku macierzyńskiego, wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 80 % podstawy wymiaru za cały okres tych urlopów.

W razie rezygnacji z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi dodatkowego urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w całości lub w części lub za okres powiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze, ubezpieczonej wypłaca się jednorazowe wyrównanie pobranego zasiłku macierzyńskiego do wysokości 100 % za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz dodatkowego urlopu macierzyńskiego, pod warunkiem, że z uprawnień tych nie korzysta ubezpieczony ojciec dziecka.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego ulega pomniejszeniu w przypadku, gdy pracownica lub pracownik łączy korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego urlopu. W takim przypadku, wysokość zasiłku macierzyńskiego jest pomniejszona proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy, w którym pracownica lub pracownik pracuje w czasie korzystania z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego.

Dowodem wymaganym do wypłaty zasiłku macierzyńskiego jest zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewidywaną datę porodu. Zaświadczenie o przewidywanej dacie porodu wystawiane jest przez lekarza na zwykłym blankiecie. Dokumentem do wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres od daty porodu jest skrócony odpis aktu urodzenia dziecka.

5. Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy **przysługuje** osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, zwolnionym od wykonywania pracy w związku z koniecznością osobistego sprawowania opieki nad:

- dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadku:
 - nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. Nr 45, poz. 235 ze zm.), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,
 - pobytu małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej,
- chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,
- innym chorym członkiem rodziny.

Za **członków rodziny** uważa się małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku ponad 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki.

Za **dzieci** uważa się dzieci własne ubezpieczonego lub jego małżonka oraz dzieci przysposobione, a także dzieci obce przyjęte na wychowanie i utrzymanie.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki, nie dłużej jednak niż przez okres:

- 60 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad dzieckiem w wieku do lat 8 lub chorym dzieckiem do ukończenia lat 14,
- 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad innym chorym członkiem rodziny.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym, niezależnie od liczby członków rodziny uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.

Od 1 stycznia 2009 r. prawo do zasiłku opiekuńczego w wymiarze do 8 tygodni, tj. do 56 dni, przysługuje ubezpieczonemu-ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, z tytułu sprawowania osobistej opieki nad nowourodzonym dzieckiem, w przypadku gdy matka dziecka korzysta z urlopu macierzyńskiego w wymiarze do 8 tygodni po porodzie i przebywa w szpitalu. Jest to dodatkowy wymiar zasiłku opiekuńczego, niezależny od podstawowego wymiaru zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania osobistej opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8 lub chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat (60 dni w roku kalendarzowym) i nie jest związany z rokiem kalendarzowym.

Zasiłek opiekuńczy **nie przysługuje**, jeżeli poza ubezpieczonym są inni członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym mogący zapewnić opiekę dziecku lub choremu członkowi rodziny. Nie dotyczy to jednak opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat. Miesięczny zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje za okresy przypadające w czasie:

- urlopu bezpłatnego,
- urlopu wychowawczego,
- tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności.

Ubezpieczony wykonujący pracę zarobkową w okresie orzeczonego zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z jego celem, traci prawo do zasiłku opiekuńczego za cały okres tego zwolnienia.

Dowodami stwierdzającymi konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do lat 14 lub innym chorym członkiem rodziny są zaświadczenia lekarskie, wystawione na druku [ZUS ZLA](#) przez upoważnionych lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów lub starszych felczerów.

W przypadku sprawowania przez ubezpieczonego osobistej opieki nad dzieckiem w wieku do lat 8, w razie gdy małżonek stale opiekujący się dzieckiem jest chory lub odbywa poród i okoliczności te uniemożliwiają mu sprawowanie opieki, dokumentem stanowiącym podstawę do wypłaty zasiłku opiekuńczego jest zaświadczenie lekarza, wystawione na zwykłym blankiecie, stwierdzające okres choroby lub poród oraz fakt, że choroba lub poród uniemożliwiają sprawowanie opieki nad dzieckiem.

Dokumentem, na podstawie którego dokonuje się wypłaty zasiłku opiekuńczego w przypadku przebywania małżonka ubezpieczonego stale opiekującego się dzieckiem w wieku do lat 8 w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, jest zaświadczenie tego zakładu, stwierdzające okres pobytu w tej placówce.

Dokumentem do wypłaty zasiłku opiekuńczego w razie nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły jest oświadczenie ubezpieczonego.

Zasiłek opiekuńczy **nie przysługuje** w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane.

II. DOKUMENTOWANIE PRAWA DO ZASIŁKÓW I KONTROLA ORZEKANIA O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Dokumentowanie prawa do zasiłków

Dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, są zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t. jedn. Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.), wystawione przez lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów lub starszych felczerów

Zaświadczenia lekarskie mogą być wystawione na podstawie upoważnienia do wystawiania takich zaświadczeń, udzielonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lekarzowi, lekarzowi dentyście, starszemu felczerowi lub felczerowi.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich lekarza, lekarza dentyistę, felczera lub starszego felczera po złożeniu przez niego w terenowej jednostce organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:

- wypełnionego wniosku w sprawie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- pisemnego oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy,
- kopii prawa wykonywania zawodu.

Upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich udziela w imieniu Zakładu główny lekarz orzecznik oddziału ZUS.

Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich jest bezterminowe i uprawnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich na obszarze całego kraju.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może upoważnić do wystawiania zaświadczeń lekarskich lekarzy i lekarzy dentyistów w okresie odbywania stażu podyplomowego.

Osoby nieposiadające obywatelstwa polskiego mogą uzyskać upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich po spełnieniu tych samych warunków co obywatele polscy. Do wydania decyzji upoważniającej do wystawiania zaświadczeń lekarskich, zawierającej numer identyfikacyjny lekarza - osoby te muszą podać identyfikator numeryczny NIP.

Upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich Zakład Ubezpieczeń Społecznych udziela w formie decyzji.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich Zakład Ubezpieczeń Społecznych może cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od daty uprawomocnienia się decyzji.

Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może zostać cofnięte:

- na okres nieprzekraczający 12 miesięcy, gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego lub bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy,
- na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w przypadku powtarzającego się naruszania zasad określonych w art. 57 i 58 cytowanej ustawy, zgodnie z którymi wystawiający zaświadczenie lekarskie zobowiązany jest do:
 - podawania informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość przy zastosowaniu określonych kodów literowych,
 - wystawiania zaświadczenia lekarskiego z dwiema kopiami,

- przekazania oryginału zaświadczenia lekarskiego w ciągu 7 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- przekazania pierwszej kopii zaświadczenia lekarskiego ubezpieczonemu,
- przechowywania drugiej kopii zaświadczenia lekarskiego przez okres trzech lat,
- właściwego wpisywania kodów literowych oraz numerów statystycznych chorób ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych na oryginale i drugiej kopii zaświadczenia.

Cofnięcie upoważnienia następuje w formie decyzji. Do decyzji tej stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Od decyzji o cofnięciu upoważnienia przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr lekarzy, lekarzy stomatologów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Osoby te są obowiązane podać w wymienionym wniosku swoje dane oraz informować Zakład o wszelkich zachodzących w nich zmianach.

Prowadzony przez ZUS rejestr zawiera:

- numer identyfikacyjny,
- numer prawa wykonywania zawodu,
- imię i nazwisko osoby upoważnionej,
- PESEL, NIP,
- rodzaj i stopień specjalizacji,
- miejsce wykonywania zawodu,
- nazwę i siedzibę właściwej izby lekarskiej,
- informację o wydanych drukach zaświadczeń lekarskich,
- informację o cofnięciu upoważnienia.

Numer identyfikacyjny osoba wystawiająca zaświadczenie lekarskie zobowiązana jest wpisywać w tym zaświadczeniu. Numer identyfikacyjny jest tożsamy z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, felczera i starszego felczera.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia Naczelnej Radzie Lekarskiej informacje zgromadzone w rejestrze, jest także uprawniony do korzystania z informacji zgromadzonych w rejestrach lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie.

Lekarz, lekarz dentyista, starszy felczer lub felczer jest zobowiązany wystawić zaświadczenie lekarskie, na formularzu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 65, poz. 741; ze zm.), wypełniając odpowiednio wszystkie pola.

Zaświadczenie lekarskie (formularz [ZUS ZLA](#)) zawiera:

- informacje identyfikujące ubezpieczonego, któremu zostało ono wystawione i jego płatnika składek,
- informacje identyfikujące lekarza, lekarza dentystry, felczera lub starszego felczera, który zaświadczenie wystawił, i jego miejsce wykonywania zawodu,
- okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, numer statystyczny choroby ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, odpowiednie kody literowe oraz wskazania lekarskie,
- okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia członka rodziny i jego stosunek pokrewieństwa z ubezpieczonym.

Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:

- oryginał zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie przesyła, w ciągu 7 dni od dnia jego wystawienia, bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- pierwszą kopię zaświadczenia lekarskiego otrzymuje ubezpieczony,
- drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat.

W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:

- kod **A** - oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nieprzekraczającej 60 dni, spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą,
- kod **B** - oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,
- kod **C** - oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,
- kod **D** - oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,
- kod **E** - oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby.

W zaświadczeniu lekarskim, na pisemny wniosek ubezpieczonego, nie umieszcza się kodu **B** i **D**.

Kody literowe wpisuje się na oryginale i na kopiach zaświadczenia lekarskiego, a numer statystyczny choroby, ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, tylko na oryginale i na drugiej kopii.

W razie zatrudnienia ubezpieczonego u dwóch lub więcej pracodawców, zaświadczenie lekarskie wydawane jest na oddzielnych formularzach, w liczbie odpowiadającej liczbie pracodawców.

Zaświadczenie lekarskie jest dokumentem poufnym.

Druk zaświadczenia lekarskiego jest formularzem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, udostępnianym tylko lekarzom posiadającym upoważnienie do wystawiania zaświadczeń. Wydawane przez ZUS druki zaświadczeń lekarskich są drukami ścisłego zarachowania.

Lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy mają obowiązek zawiadamiania terenowej jednostki organizacyjnej ZUS, która wydała druki zaświadczeń lekarskich, o każdym przypadku zagubienia, zaginięcia lub kradzieży tych druków. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr zaświadczeń lekarskich.

2. Kontrola orzekania o czasowej niezdolności do pracy

Prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli, którą wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich mogą występować pracodawcy oraz wydziały zasiłków realizujące wypłaty zasiłków chorobowych. Kontrola zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy może zostać również podjęta na wniosek lekarza orzecznika ZUS.

Zgodnie z art. 27 rozporządzenia nr 987/2009 instytucja właściwa, która jest zobowiązana do wypłaty świadczeń (może to być także pracodawca, nie tylko instytucja zabezpieczenia społecznego) - może zwrócić się z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli zaświadczenia lekarskiego. Kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich w stosunku do osób ubezpieczonych w innym państwie członkowskim UE/EOG, zamieszkałych lub przebywających w Polsce, przeprowadza lekarz orzecznik oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu danej osoby, na takich samych zasadach jak w przypadku osoby ubezpieczonej w Polsce.

Podczas kontroli lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może:

- przeprowadzić badanie ubezpieczonego:
 - w wyznaczonym miejscu,
 - w miejscu jego pobytu,
- skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- zażądać od lekarza, lekarza dentystry, felczera lub starszego felczera, który wystawił zaświadczenie lekarskie, udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie,
- zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wysyła do ubezpieczonego, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, wezwanie, w którym określa termin badania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub lekarza konsultanta albo dostarczenia wyników badań pomocniczych.

Ubezpieczony ma obowiązek udostępnienia posiadanej dokumentacji medycznej lekarzowi orzecznikowi lub lekarzowi konsultantowi ZUS przeprowadzającemu badanie.

W razie uniemożliwienia przez ubezpieczonego przeprowadzenia badania lub niedostarczenia wyników badań w określonym terminie - zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

Jeżeli po analizie dokumentacji medycznej i przeprowadzeniu badania ubezpieczonego lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określił wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, za okres od tej daty zaświadczenie lekarskie traci ważność.

W przypadku określenia wcześniejszej daty ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia zaświadczenie na druku [ZUS ZLA/K](#), które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 § 4 Kodeksu pracy. Zaświadczenie to lekarz orzecznik Zakładu wręcza w dniu badania ubezpieczonemu, informując go równocześnie o konieczności doręczenia zaświadczenia pracodawcy.

W przypadku wydania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenia określającego wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy oraz w przypadku uniemożliwienia przez ubezpieczonego przeprowadzenia badania lub niedostarczenia wyników badań w określonym terminie, Zakład wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku chorobowego.

Kopię decyzji, o której mowa wyżej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przesyła pracodawcy ubezpieczonego, którego ta decyzja dotyczy.

Załączniki

Sposób wypełniania zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA

Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny wystawia lekarz, lekarz dentyista, felczer lub starszy felczer upoważniony do ich wystawiania decyzją wydaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – tekst jednolity – Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512).

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

- W polu 01 – należy wpisać PESEL ubezpieczonego (numer ewidencyjny nadawany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności)
- W polu 02 – należy wpisać imię pierwsze ubezpieczonego
- W polu 03 – należy wpisać nazwisko ubezpieczonego (poszczególne człony nazwiska oddzielić kreską)
- W polu 04 – w zależności od tego, gdzie dana osoba jest ubezpieczona, należy wpisać:
 - 1 – w przypadku, gdy jest ubezpieczona w ZUS,
 - 2 – w przypadku, gdy jest ubezpieczona w KRUS,
 - 3 – w przypadku, gdy jest ubezpieczona w Polsce z innego tytułu,
 - 4 – w przypadku, gdy jest ubezpieczona w innym państwie.
- W polu 05 – należy wpisać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (jeśli nie nadano numeru PESEL)
- W polu 06 – wpisać datę urodzenia ubezpieczonego (dzień – miesiąc – rok) jeśli nie nadano numeru PESEL

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO

- W polach 07 – 11 w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie wystawione jest na okres obejmujący wyłącznie pobyt ubezpieczonego w szpitalu należy podać adres tej placówki. Natomiast, gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione na okres obejmujący także pobyt poza szpitalem – należy wpisać adres jego faktycznego pobytu

DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

- W polu 12 – należy wpisać datę, od której ubezpieczony jest niezdolny do pracy (dzień – miesiąc – rok)
- W polu 13 – należy wpisać datę, do której ubezpieczony będzie niezdolny do pracy (dzień – miesiąc – rok)
- W polu 14 – należy wpisać liczbę dni pobytu w szpitalu
- W polu 15 – należy wpisać:
 - 1 – w przypadku, gdy chory powinien leżeć,
 - 2 – w przypadku, gdy chory może chodzić.
- W polu 16 – należy wpisać następujące kody literowe mające wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość:
 - A – oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nie przekraczającej 60 dni – spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą,
 - B – oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,
 - C – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,
 - D – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,
 - E – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą, która powstała nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego – w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od dnia początku choroby

Uwaga 1: W zaświadczeniu lekarskim, na pisemny wniosek ubezpieczonego, nie umieszcza się kodu „B” i „D”

Uwaga 2: Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:

— oryginał zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie lekarz, lekarz dentyista, felczer lub starszy felczer przesyła w ciągu 7 dni od dnia wystawienia zaświadczenia do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

- pierwszą kopię zaświadczenia lekarskiego otrzymuje ubezpieczony,
- drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat.
- W polu 17 – należy wpisać numer statystyczny choroby (ponieważ numer statystyczny choroby powinien być wpisany wyłącznie na oryginale i drugiej kopii zaświadczenia lekarskiego zaleca się wpisanie tego numeru po wypełnieniu wszystkich pozostałych pól i po rozłączeniu oryginału oraz pierwszej i drugiej kopii)
- W polu 18 – należy wpisać kod pokrewieństwa chorego członka rodziny, nad którym ubezpieczony sprawuje opiekę:
 - 1 – w przypadku opieki nad dzieckiem,
 - 2 – w przypadku opieki nad małżonkiem, rodzicami, teściami, dziadkami, wnukami, rodzeństwem,
 - 3 – w przypadku opieki nad innymi osobami pozostającymi we wspólnym gospodarstwie z ubezpieczonym.
- W polu 19 – należy wpisać datę urodzenia chorego członka rodziny, nad którym ubezpieczony sprawuje opiekę (dzień – miesiąc – rok)
- W polu 20 – należy wpisać NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej) płatnika składek lub PESEL (jeśli nie ma obowiązku posługiwać się numerem NIP) albo serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (jeśli nie ma obowiązku posługiwać się numerem NIP i nie nadano numeru PESEL)
- W polu 21 – należy wpisać numer identyfikacyjny lekarza (numer prawa wykonywania zawodu)
- W polu 22 – należy wpisać datę wystawienia zaświadczenia lekarskiego (dzień – miesiąc – rok)

Lekarz, lekarz dentysta, felczer lub starszy felczer wystawiający zaświadczenie lekarskie składa na nim swój podpis i pieczęć oraz pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Przykładowy wzór pełnomocnictwa dla jednego lekarza

Miejscowość, data.....

PEŁNOMOCNICTWO DO ODBIORU DRUKÓW ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH ZUS ZLA

Udzielam pełnomocnictwa Pani /Panu

PESEL

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

do pobrania druków zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA:

Imię i nazwisko lekarza

Identyfikator lekarza nadany przez ZUS

Podpis i pieczęć lekarza

Pełnomocnictwa udzielam:*

- jednorazowo
- od dnia.....do dnia.....
- bezterminowo, do czasu cofnięcia pełnomocnictwa

* niepotrzebne skreślić

Uwaga!

Pełnomocnictwo jest dokumentem spisywanym pomiędzy osobami fizycznymi i nie wymaga akceptacji kierownika zakładu zatrudniającego te osoby

Przykładowy wzór pełnomocnictwa dla kilku lekarzy

Miejscowość, data.....

PEŁNOMOCNICTWO DO ODBIORU DRUKÓW ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH ZUS ZLA

Udzielam pełnomocnictwa Pani /Panu

PESEL

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

do pobrania druków zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA:

Imię i nazwisko lekarza Identyfikator lekarza nadany przez ZUS podpis i pieczętka lekarza

-
-
-
-

Pełnomocnictwa udzielamy:*

- jednorazowo
- od dnia.....do dnia.....
- bezterminowo, do czasu cofnięcia pełnomocnictwa

* niepotrzebne skreślić

Uwaga!

Pełnomocnictwo jest dokumentem spisywanym pomiędzy osobami fizycznymi i nie wymaga akceptacji kierownika zakładu zatrudniającego te osoby.

ZUS ZLA - Zaświadczenie lekarskie

Wypełniać tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

ZUS ZLA		ZASWIADCZENIE LEKARSKIE	
01. PESEL ubezpieczonego	02. Inicjał pierwsze ubezpieczonego		
03. Nazwisko ubezpieczonego		04. Ubezpieczony w ¹⁾	
05. Seria i numer paszportu (wpisać serię i numer paszportu tylko, gdy nie nadano PESEL)			
06. Data urodzenia ubezpieczonego (DDMM/RRRR) ²⁾			
07. Kod pocztowy		08. Miejscowość	
09. Ulica		10. Numer domu	11. Numer lokalu
12. Niezdolność do pracy od (DDMM/RRRR)		13. Niezdolność do pracy do (DDMM/RRRR)	14. Pobyt w szpitalu ⁴⁾
15. Wzrostanie ⁵⁾ lekarza		16. Kod(y) ⁶⁾	
17. Numer statystyczny choroby		18. Kod ⁷⁾ pokrewieństwa osoby pod opieką	19. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DDMM/RRRR)
20. NIP lub PESEL, lub seria i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano PESEL ⁸⁾			
21. Identyfikator lekarza		22. Data wystawienia dokumentu (DDMM/RRRR)	
23. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentyisty, starszego felczera, felczera		24. Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą	

1) ZUS - wpisać 1
KRUS - 2
innym w Polsce - 3
innym państwie - 4

2) Wpisać tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL

3) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy

4) Liczba dni pobytu w szpitalu

5) Chory powinien leżeć - wpisać 1
chory może chodzić - 2

6) Wpisać odpowiedni kod A, B, C, D, E

7) Jeśli dziecko - wpisać 1
małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wujki, rodzeństwo - 2
inne osoby - 3

8) Wpisywać bez kresek

ZUS ZLA/K - Zaświadczenie lekarskie wydane w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS

ZUS ZLA / K		Seria	Nr	/ K	POUFNE	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE W WYNIKU KONTROLI LEKARZA ORZECZNIKA ZUS	
DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	01. PESEL ubezpieczonego		02. Seria i numer paszportu (wpisać serię i numer paszportu tylko, gdy nie nadano PESEL)				
	03. Imię pierwsze ubezpieczonego			04. Data urodzenia ubezpieczonego ¹⁾			
	05. Nazwisko ubezpieczonego						
DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO	06. Kod pocztowy	07. Miejscowość		08. Numer domu			
	09. Ulica			10. Numer lokalu			
	11. NIP lub PESEL, lub seria i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku postugiwać się NIP i nie nadano PESEL ²⁾						
DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	12. Data ustania niezdolności do pracy		13. Data wystawienia dokumentu				
	14. Podpis i pieczęć lekarza orzecznika ZUS			15. Pieczęć terenowej jednostki organizacyjnej ZUS			

1) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL

2) Wpisywać bez kresek

W Z Ó R

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 7 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512, z późn. zm.) niniejsze zaświadczenie lekarskie należy doręczyć pracodawcy.

Równocześnie Zakład informuje, że zaświadczenie lekarskie seria nr wystawione w dniu traci ważność za okres od daty określonej w niniejszym zaświadczeniu.

Informacja dla pracodawcy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 8 ustawy, o której mowa w pouczeniu dla ubezpieczonego, niniejsze zaświadczenie lekarskie jest traktowane na równi z orzeczeniem lekarskim stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w trybie przewidzianym w art. 229 § 4 Kodeksu pracy.