# OŚWIADCZENIE

ubezpieczonego zatrudnionego w podmiocie leczniczym, że niezdolność do pracy/ kwarantanna/izolacja/izolacja domowa/\* jest spowodowana COVID-19

**Instrukcja wypełniania**

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie.

**Dane wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Numer domu Numer lokalu

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Kod pocztowy Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane świadczenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane dotyczące niezdolności do pracy/kwarantanny/izolacji/izolacji domowej/\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Okres niezdolności od do

*dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr*

**Oświadczam**, że:

|  |
| --- |
|  |

moja niezdolność do pracy jest spowodowana COVID-19 i powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym

|  |
| --- |
|  |

obowiązkowa kwarantanna/izolacja/izolacja domowa/\* wynika ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym

|  |
| --- |
|  |

wykonuję pracę w podmiocie leczniczym/jednostce pomocy społecznej (wypełnia tylko osoba prowadząca działalność pozarolniczą)/\*,

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data

*dd / mm / rrrr Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie*

\*/niepotrzebne skreślić

**Informacja**

Ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej świadczącej usługi całodobowo, noclegowni albo innej placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, którzy:

* odbywają kwarantannę, izolację lub izolację w warunkach domowych, jeśli wynikają one ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tym podmiocie/jednostce

albo

* są niezdolni do pracy z powodu COVID-19, a niezdolność ta powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tym podmiocie/jednostce,

przysługuje prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru przysługuje także ubezpieczonym, którzy wykonują zadania członka ochotniczej straży pożarnej i którzy:

* odbywają kwarantannę, izolację lub izolację w warunkach domowych, jeśli powstały one w związku z wykonywaniem zadań członka ochotniczej straży pożarnej

albo

* u których stwierdzono zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną (m.in. COVID-19), jeżeli zakażenie lub zachorowanie powstało w związku z wykonywaniem zadań członka ochotniczej straży pożarnej.

Zasiłek chorobowy w wysokości 100% podstawy wymiaru przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, zarówno obowiązkowo (np. pracownicy) jak i dobrowolnie (np. zleceniobiorcy).

W przypadku podania w oświadczeniu nieprawdziwych danych lub wprowadzenia w błąd podmiotu wypłacającego zasiłek, wypłacony zasiłek zostanie uznany za świadczenie pobrane nienależnie, które podlega zwrotowi.