# OŚWIADCZENIE

o odbywaniu kwarantanny przez osobę, która prowadzi wspólne gospodarstwo domowe lub zamieszkuje z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, w celu uzyskania zasiłku chorobowego

**Instrukcja wypełniania**

Wypełnij to oświadczenie i niezwłocznie po zakończeniu kwarantanny przekaż je pracodawcy (zleceniodawcy) albo do nas – przez PUE ZUS lub w formie papierowej - jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność lub współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo jesteś duchownym i mamy ustalić prawo do zasiłku chorobowego.

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

**Dane wnioskodawcy**

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

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość  *Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |
| --- |
|  |

Numer domu Numer lokalu

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Kod pocztowy Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

*Podaj numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie*

Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane świadczenie

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

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny

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

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

od do

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

**Dane osoby, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2**

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

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość

*Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

Data rozpoczęcia i zakończenia izolacji domowej

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

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

od do

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

**Oświadczam**, że:

* zamieszkuję/prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z wyżej wymienioną osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS\_CoV-2,
* dane podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli zmienią się, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

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

Data

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