

OŚWIADCZENIE

osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej z osobą, która odbywa obowiązkową kwarantannę

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie i **w terminie 3 dni roboczych od zakończenia kwarantanny** przekaz 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 osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej z osobą, która odbywa obowiązkową kwarantannę

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

Dane osoby odbywającej obowiązkową kwarantannę

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

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

Imię

Nazwisko

Dane dotyczące obowiązkowej kwarantanny

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny

od

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

 do

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

dd / mm / rrrr

dd / mm / rrrr

Kwarantanna jest odbywana:

w związku z przekroczeniem granicy

na podstawie decyzji inspektora sanitarnego

Zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku chorobowego (płatnika składek lub ZUS) o skróceniu lub zwolnieniu mnie z obowiązku odbycia kwarantanny przez państwowego inspektora sanitarnego.

Data

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

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie