

ZAKRES DANYCH WNIOSKU O ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE**I. W części wypełnianej przez wnioskodawcę:**

- 1) dane ubezpieczonego — pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;
- 2) wskazanie przyczyny ubiegania się o świadczenie rehabilitacyjne, to jest: ogólny stan zdrowia, wypadek przy pracy albo choroba zawodowa;
- 3) informacja, czy wnioskodawca wystąpił o ustalenie uprawnień lub ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty z tytułu niezdolności do służby, wojskowej renty inwalidzkiej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zagranicznej emerytury, zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy, z podaniem organu rentowego i daty wystąpienia z wnioskiem lub daty, od której uprawnienia zostały ustalone;
- 4) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, z podaniem daty, od której uprawnienia zostały ustalone;
- 5) zobowiązanie do poinformowania podmiotu wypłacającego świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, w zakresie określonym w pkt 1, 3 i 4;
- 6) numer rachunku bankowego wnioskodawcy.

II. W części wypełnianej przez płatnika składek:

- 1) NIP i REGON płatnika składek, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich — numer PESEL lub seria i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL;
- 2) symbol EKD/PKD;
- 3) informacja o okresie trwania ubezpieczenia wnioskodawcy;
- 4) nazwa i adres płatnika składek lub — w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego — pieczętka płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 5) data i podpis osoby upoważnionej do wypełnienia wniosku, numer telefonu oraz — w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego — pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko, jeżeli ją posiada.

III. W części wypełnianej przez płatnika zasiłku chorobowego:

- 1) wskazanie okresu niezdolności do pracy z powodu choroby, za który wnioskodawca otrzymał wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy lub zasiłek chorobowy;
- 2) wskazanie, z jakim dniem zakończy się okres zasiłkowy oraz czy jest to 182- czy 270-dniowy okres zasiłkowy;
- 3) nazwa i adres płatnika składek lub — w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego — pieczętka płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 4) data i podpis osoby upoważnionej do wypełnienia wniosku, numer telefonu oraz — w przypadku złożenia wniosku w formie dokumentu papierowego — pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko, jeżeli ją posiada.

IV. Pouczenie.