

Łódź, dnia 30.11.2020 r.

INFORMACJA DLA PRACOWNIKÓW

W związku z wejściem w życie od dnia 29.11.2020 r. nowelizacji Ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID – 19, w sprawie wypłaty 100% podstawy wymiaru zasiłku za czas kwarantanny, izolacji lub niezdolności do pracy, powstałych w związku z pozostawianiem w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19, w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym, przekazujemy druk oświadczenia niezbędnego do wypłaty świadczenia za okres od 29.11.2020 r.

Oświadczenie należy dostarczyć do Sekcji Płac każdorazowo przy wystąpieniu nieobecności spowodowanej kwarantanną, izolacją lub niezdolnością do pracy, która wystąpiła po 29.11.2020 lub trwała w tym dniu, jeśli mają do niej zastosowanie przepisy w/w Ustawy.

Dział Służb Pracowniczych
Sekcja Płac
p. Kierownika Sekcji
Sylvia Tutaj

KIEROWNIK DZIAŁU
SŁUŻB PRACOWNICZYCH
SEKCJI KADR
Anna Wiaderkiewicz

(1) ~~Dyrektor~~
~~W.S.Sz im. M. Pirogowa~~

~~dr n. med. Roman Bocian~~

OŚWIADCZENIE

ubezpieczonego zatrudnionego w podmiocie leczniczym, że kwarantanna/izolacja/niezdolność do pracy wynika z pozostawaniem w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym

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

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

Dane dotyczące niezdolności do pracy

Okres niezdolności od do
dd / mm / rrrr *dd / mm / rrrr*

Oświadczam, że:

- moja niezdolność do pracy z powodu COVID-19 powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym
- obowiązkowa kwarantanna lub izolacja wynika ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym

Data
dd / mm / rrrr

Czytelny podpis osoby, która składa wniosek