Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 września 2026 r. (Dz. U. poz. 1316)

Załącznik nr 1

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI NIEZBĘDNYCH DO PRZYZNANIA I WYPŁATY ZASIŁKU CHOROBOWEGO

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) 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; nazwa i adres płatnika składek albo imię i nazwisko płatnika składek;
3) wskazanie okresu, za który wnioskodawca ubiega się o zasiłek chorobowy, z podaniem serii i numeru zaświadczenia lekarskiego;
4) wskazanie, czy za okres, o którym mowa w pkt 4, przysługuje wynagrodzenie za pracę, o którym mowa w art. 75 pkt 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2026 r. poz. 102 i 1079) – w przypadku wnioskodawcy, który jest marynarzem;
5) wskazanie, czy wniosek dotyczy okresu niezdolności do pracy z powodu choroby przypadającego w okresie ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych czy też po ustaniu tytułu ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ze wskazaniem, z jakim dniem ustał ten tytuł;
6) wskazanie, czy niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy, ze wskazaniem dokumentu potwierdzającego tę okoliczność;
7) numer rachunku bankowego wnioskodawcy;
8) data oraz podpis wnioskodawcy;
9) pouczenie dotyczące zasiłku chorobowego.

Załącznik nr 2

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI W ZAŚWIADCZENIU PŁATNIKA SKŁADEK W PRZYPADKU UBEZPIECZONEGO, KTÓRY JEST PRACOWNIKIEM

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) nazwa i adres płatnika składek;
3) dane ubezpieczonego – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;
4) okres zatrudnienia u płatnika składek oraz wymiar czasu pracy ubezpieczonego i data, od której miała miejsce zmiana wymiaru czasu pracy;
5) informacja, czy ubezpieczony wykonuje pracę za granicą;
6) informacja, czy ubezpieczony jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę tymczasową;
7) informacja, czy niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy, wypadku w drodze do pracy lub z pracy, ze wskazaniem dokumentu potwierdzającego tę okoliczność;
8) informacja, czy ubezpieczony w okresie niezdolności do pracy korzysta z urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, urlopu opiekuńczego, przebywa w areszcie tymczasowym lub odbywa karę pozbawienia wolności, ma usprawiedliwioną nieobecność w pracy, o której mowa w art. $63^{[2]}$ § 8 Kodeksu pracy, z podaniem tych okresów;
9) okresy, za które płatnik składek wypłacił wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby w danym roku kalendarzowym oraz w poprzednim roku kalendarzowym, z podaniem kodów literowych;
10) okresy, za które płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy, wliczane do jednego okresu zasiłkowego lub mające wpływ na okres, z którego wynagrodzenie jest uwzględniane w podstawie wymiaru zasiłku, z podaniem kodów literowych;
11) liczba ubezpieczonych zgłaszanych przez płatnika składek do ubezpieczenia chorobowego;
12) data złożenia wniosku o zasiłek macierzyński, stawka procentowa wypłaconego zasiłku macierzyńskiego, okresy, w których udzielano ubezpieczonemu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, uzupełniającego urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu ojcowskiego;
13) imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka, data i miejsce urodzenia dziecka;
14) dane drugiego rodzica dziecka albo członka rodziny – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania – jeżeli są niezbędne do rozpatrzenia wniosku o zasiłek macierzyński;
15) numer rachunku bankowego ubezpieczonego;
16) składniki wynagrodzenia za okresy miesięczne, kwartalne, roczne oraz za inne okresy, z podaniem liczby dni, które pracownik przepracował w tym okresie i które był obowiązany przepracować, przyczyny nieprzepracowania całego okresu i procentu potrąconej składki, a w przypadku składników miesięcznych dodatkowo z podziałem na składniki wynagrodzenia stałe oraz składniki wynagrodzenia zmienne pomniejszane proporcjonalnie lub uwzględniane w kwocie faktycznej;
17) informacja, czy z ubezpieczonym jest zawarta umowa agencyjna, umowa zlecenia lub inna umowa o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowa o dzieło lub inna umowa, termin, do którego składnik przysługuje, oraz kwoty wynagrodzenia z tych tytułów za poszczególne miesiące;
18) data i podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia, numer telefonu;
19) wskazanie rodzaju świadczenia, o które ubiega się wnioskująca osoba, jego okresu oraz serii i numeru zaświadczenia lekarskiego;
20) pouczenie dotyczące zaświadczenia.

Załącznik nr 3

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI, KTÓRE ZAWIERA ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK W PRZYPADKU UBEZPIECZONEGO, KTÓRY NIE JEST PRACOWNIKIEM, Z WYŁĄCZENIEM UBEZPIECZONEGO PROWADZĄCEGO POZAROLNICZĄ DZIAŁALNOŚĆ, WSPÓŁPRACUJĄCEGO Z OSOBĄ PROWADZĄCĄ POZAROLNICZĄ DZIAŁALNOŚĆ, DUCHOWNEGO ORAZ MARYNARZA

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; nazwa i adres płatnika składek;

2) dane ubezpieczonego – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;

3) informacja, czy ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa lub ubezpieczeniem z ty- tułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych jako osoba, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2–4, 6–9a i 12 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, lub osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na pod- stawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3; okresy podlegania ubezpieczeniu społecznemu w razie choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczeniu z tytułu wypad- ków przy pracy i chorób zawodowych u płatnika składek;

4) okresy, za które płatnik składek wypłacił wynagrodzenie, uposażenie, stypendium albo inne świadczenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy w danym roku kalendarzowym oraz w poprzednim roku kalendarzowym, wliczane do jednego okresu zasiłkowego, z podaniem kodów literowych;

5) data złożenia wniosku o zasiłek macierzyński, stawka procentowa wypłaconego zasiłku macierzyńskiego, okresy, za które płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy, z podaniem kodów literowych, wliczane do jednego okresu zasiłkowego;

6) imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka, data i miejsce urodzenia dziecka;

7) dane drugiego rodzica dziecka albo członka rodziny – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania – jeżeli są niezbędne do rozpatrzenia wniosku o zasiłek macierzyński;

8) informacja, czy niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy, ze wskazaniem dokumentu potwierdzającego tę okoliczność;

9) informacja, czy ubezpieczony w okresie niezdolności do pracy korzysta z urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, urlopu opiekuńczego, przebywa w areszcie tymczasowym lub odbywa karę pozbawienia wolności, ma usprawiedliwioną nieobecność w pracy, o której mowa w art. $63^{[2]}$ § 8 Kodeksu pracy, z podaniem tych okresów;

10) liczba ubezpieczonych zgłaszanych przez płatnika składek do ubezpieczenia chorobowego;

11) numer rachunku bankowego ubezpieczonego;

12) wskazanie przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek za poszczególne miesiące, z podaniem liczby dni, które ubezpieczony przepracował i które był obowiązany przepracować w miesiącu;

13) data i podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia, numer telefonu;

14) wskazanie rodzaju świadczenia, o które ubiega się wnioskująca osoba, jego okresu oraz serii i numeru zaświadczenia lekarskiego;

15) pouczenie dotyczące zaświadczenia.

Załącznik nr 4

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI, KTÓRE ZAWIERA OŚWIADCZENIE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ O ZASIŁEK CHOROBOWY LUB ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE ZA OKRES NIEZDOLNOŚCI DO PRACY PRZYPADAJĄCEJ PO USTANIU TYTUŁU UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO LUB WYPADKOWEGO

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) 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, 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;

3) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, z podaniem daty, od której uprawnienia zostały ustalone;

4) informacja o podjęciu lub kontynuacji działalności zarobkowej z podaniem rodzaju działalności, w szczególności prowadzenia przez wnioskodawcę albo małżonka gospodarstwa rolnego, z podaniem liczby hektarów przeliczeniowych, albo działu specjalnego, podleganiu przez wnioskodawcę ubezpieczeniu społecznemu rolników obowiązkowo albo dobrowolnie, także jako domownik rolnika, prowadzeniu działalności pozarolniczej, zawarciu umowy o pracę, zawarciu umowy zlecenia albo innej działalności zarobkowej, z podaniem daty podjęcia działalności;

5) informacja, czy wnioskodawca korzysta z urlopu bezpłatnego w przypadku zatrudnienia u dwóch lub więcej pracodawców, z podaniem okresu tego urlopu;

6) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do stypendium albo innego świadczenia pieniężnego wypłacanego przez powiatowy urząd pracy, z podaniem daty, od której uprawnienia te zostały ustalone;

7) numer rachunku bankowego wnioskodawcy;

8) miejscowość, data oraz podpis wnioskodawcy;

9) pouczenie dotyczące oświadczenia.

Załącznik nr 5

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI WE 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, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego oraz urlopu dla poratowa- nia zdrowia, zagranicznej emerytury, zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy, z podaniem organu rento- wego 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, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego oraz urlopu dla poratowania zdrowia, z podaniem daty, od której uprawnienia zostały ustalone;

5) wskazanie, czy za okres niezdolności do pracy przysługuje wynagrodzenie za pracę, o którym mowa w art. 75 pkt 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu, a jeżeli tak, to w jakim okresie – w przypadku wnioskodawcy, który jest marynarzem;

6) zobowiązanie do poinformowania podmiotu wypłacającego świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, w zakresie określonym w pkt 1 i 3–5;

7) 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 PKD oraz kod zawodu;

3) informacja o okresie trwania ubezpieczenia wnioskodawcy;

4) nazwa i adres płatnika składek;

5) data i podpis osoby upoważnionej do wypełnienia wniosku, numer telefonu.

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;

4) data i podpis osoby upoważnionej do wypełnienia wniosku, numer telefonu.

IV. Pouczenie dotyczące świadczenia rehabilitacyjnego.

Załącznik nr 6

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI NIEZBĘDNYCH DO USTALENIA PRAWA I WYPŁATY ZASIŁKU MACIERZYŃSKIEGO

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; nazwa i adres płatnika składek;

2) dane ubezpieczonego – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;

3) informacja, czy ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa lub ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych jako osoba, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, 10 i 24 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

4) imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka, data i miejsce urodzenia dziecka;

5) dane drugiego rodzica dziecka albo członka rodziny – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo seria i numer paszportu i data urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania – jeżeli są niezbędne do rozpatrzenia wniosku o zasiłek macierzyński;

6) wskazanie rodzaju świadczenia, o które ubiega się wnioskująca osoba, oraz jego okresu;

7) informacja, czy wniosek dotyczy urodzenia dziecka, przyjęcia na wychowanie dziecka i wystąpienia do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia albo przyjęcia na wychowanie dziecka w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej;

8) oświadczenie, czy dziecko posiada zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829);

9) informacja o przewidywanej dacie porodu;

10) informacja, czy wniosek dotyczy sytuacji, gdy pracodawca ogłosił upadłość, likwidację, rozwiązał umowę o pracę z naruszeniem przepisów prawa, zmarł;

11) informacja dotycząca danych o urodzeniu i okresie pobytu dziecka w szpitalu – jeżeli wniosek dotyczy zasiłku macierzyńskiego za okres uzupełniającego urlopu macierzyńskiego;

12) informacje dotyczące sytuacji matki dziecka mające wpływ na ustalenie prawa do zasiłku macierzyńskiego;

13) informacja dotycząca korzystania przez drugiego z rodziców z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego lub uzupełniającego urlopu macierzyńskiego;

14) informacja, czy ubezpieczony zamierza korzystać z pełnego wymiaru urlopu macierzyńskiego / urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego i co najmniej jeden dzień urlopu rodzicielskiego będzie przypadał w pierwszym roku życia dziecka;

15) informacja dotycząca części urlopu rodzicielskiego lub urlopu ojcowskiego;

16) numer rachunku bankowego ubezpieczonego;

17) miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia;

18) pouczenie dotyczące zasiłku macierzyńskiego.

Załącznik nr 7

ZAKRES DANYCH I INFORMACJI WE WNIOSKU O ZASIŁEK OPIEKUŃCZY

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 okresu, za który wnioskodawca ubiega się o zasiłek opiekuńczy, oraz serii i numeru zaświadczenia lekarskiego;

3) wskazanie danych dziecka lub członka rodziny (imienia, nazwiska, numeru PESEL, a jeżeli nie nadano numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość, stopnia pokrewieństwa, daty urodzenia dziecka);

4) wskazanie, czy dziecko ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;

5) oświadczenie zawierające informacje, że nie ma domownika mogącego zapewnić opiekę w okresie, o którym mowa w pkt 2;

6) oświadczenie zawierające informacje, czy:

   a) w danym roku kalendarzowym wypłacono wnioskodawcy zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14 albo nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny, ze wskazaniem liczby dni oraz nazwy i adresu poprzedniego płatnika składek,

   b) w danym roku kalendarzowym matka/ojciec dziecka, małżonek/małżonka pobrali zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14 albo nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny, ze wskazaniem liczby dni oraz nazwy i adresu płatnika składek oraz imienia, nazwiska i numeru PESEL matki/ojca/małżonki(-ka), a jeżeli nie nadano numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość,

   c) w danym roku kalendarzowym inny członek rodziny pobrał zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku do 8 tygodnia życia albo nad chorym członkiem rodziny, ze wskazaniem liczby dni oraz nazwy i adresu płatnika składek oraz imienia, nazwiska i numeru PESEL innego członka rodziny, a jeżeli nie nadano numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość,

   d) ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem w wieku powyżej 14 lat lub chorym członkiem rodziny, w związku z opieką nad którym ubiega się o zasiłek opiekuńczy;

7) numer rachunku bankowego wnioskodawcy;

8) miejscowość, data oraz podpis wnioskodawcy;

9) pouczenie dotyczące zasiłku opiekuńczego.