ZASTĘPCZA ASYGNATA ZASIŁKOWA

Stwierdza się, że Pan(i) .....

zam. .....

Nr ewidencyjny PESEL[1] Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP)

											X										

ma prawo do zasiłku: .....

.....[2],

- dalszego zasiłku za okres od ..... do .....

Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy seria ..... nr ..... obejmuje okres

od ..... do ..... Z okresu orzeczonego w powołanym zaświadczeniu

wypłacono wynagrodzenie za okres od ..... do ..... r. wg listy płatniczej

nr ..... z dnia .....

Zasiłek .....[2] za okres od ..... do .....

na podstawie .....
(podać rodzaj dokumentu)

Ostatniej wypłaty dokonano w liście płatniczej nr ..... z dnia .....

---

1) W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, NIP albo jednego z nich, należy podać serie i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

2) Wymienić rodzaj zasiłku: chorobowy, opiekuńczy, macierzyński lub w wysokości zasiłku macierzyńskiego, świadczenie rehabilitacyjne.

ZUS Z-7