**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

o odbywaniu kwarantanny przez osobę, która prowadzi wspólne gospodarstwo domowe lub zamieszkuje z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, w celu uzyskania zasiłku chorobowego

**Instrukcja wypełniania**

**Wypełnij to oświadczenie i w terminie 3 dni roboczych od zakończenia kwarantanny przekaż oryginał do**

**Działu Analizy i Rachuby Płac Politechniki Łódzkiej**

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*

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny

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

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

od do

*dd/mm/ rrrr dd /mm/ rrrr*

**Dane osoby, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2**

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

PESEL

|  |
| --- |
|  |

Rodzaj, seria i numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Imię Nazwisko

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny, izolacji domowej

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

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

od do

*dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr*

**Oświadczam**, że:

* zamieszkuję/prowadzę wspólne gospodarstwo domowe\* z wyżej wymienioną osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS\_CoV-2,
* dane podałem/am zgodnie z prawdą. Jeżeli dane się zmienią, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

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

Data

*dd / mm / rrrr Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie*

*\* niepotrzebne skreślić*

# Załącznik nr 2 OŚWIADCZENIE

o sprawowaniu opieki nad dzieckiem lub członkiem rodziny, poddanych obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w celu uzyskania zasiłku opiekuńczego

**Instrukcja wypełniania**

***Wypełnij to oświadczenie i przekaż oryginał do Działu Analizy i Rachuby Płac Politechniki Łódzkiej***

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 osoby pod opieką, która odbywa obowiązkową kwarantannę lub izolację domową**

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

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 lub izolacji domowej**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Kwarantanna Izolacja domowa**

Data rozpoczęcia i zakończenia

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

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

od do

*dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr*

**Oświadczam,** że dane podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli dane się zmienią, zobowiązuję się poinformować o nich płatnika zasiłku.

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

Data

*dd / mm / rrrr Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie*

# Informacja

**UWAGA** :Jeśli chcesz otrzymać zasiłek opiekuńczy, złóż wniosek na formularzu:

* Z-15A – jeśli sprawujesz opiekę nad dzieckiem
* Z-15B – jeśli sprawujesz opiekę nad innym niż dziecko chorym członkiem rodziny

**i dołącz** do niego wypełnione *Oświadczenie.*

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE**

do wypłaty 100 % wynagrodzenia osobie, która odbywa/ odbyła\* obowiązkową kwarantannę albo izolację w warunkach domowych

1. ………………………………………………………..

(Imię i Nazwisko)

1. ……………………………………………………….

(PESEL)

1. ……………………………………………………….

(stanowisko)

1. ……………………………………………………….

( jednostka organizacyjna/komórka organizacyjna)

1. ……………………………………………………….

(okres trwania kwarantanny lub izolacji domowej)

Potwierdzenie bezpośredniego przełożonego, że w okresie obowiązkowej kwarantanny albo izolacji w warunkach domowych, pracownik w okresie wskazanym w pkt 5 świadczył/będzie świadczył\* pracę w trybie zdalnym.

……………………….. …………………………………………………………….

(data) (pieczęć i podpis bezpośredniego przełożonego)

*\* niepotrzebne skreślić*