

Rozdział VIII

Dokumenty dotyczące wypłaty zasiłków

1. Obowiązki wobec ZUS pracodawcy niebędącego płatnikiem zasiłków

W przypadku choroby pracownika czy sprawowania przez niego opieki pracodawca, niebędący płatnikiem zasiłków w danym roku kalendarzowym, ma obowiązek przekazania do ZUS zaświadczenia płatnika składek Z-3. Zaświadczenie takie jest obowiązkowe także wówczas, gdy zasiłek ma być wypłacony przez ZUS za okres po ustaniu zatrudnienia pracownikowi, którego umowa o pracę rozwiązała się np. w trakcie choroby. Nie ma w tym przypadku znaczenia, czy pracodawca jest w danym roku płatnikiem zasiłków, czy nie. Formularz Z-3 składa się także (zamiast formularza ZAS-12, o którym będzie mowa w dalszej części opracowania) w przypadku kontynuacji zwolnienia lekarskiego. Pracodawca wypełnia wówczas tylko sekcję „Informacja o pracowniku”.

Obecnie nie ma sformalizowanego ustawowo zaświadczenia płatnika składek. Formularz ten musi jednak zawierać informacje mające wpływ na prawo do zasiłków określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków. Oznacza to, że płatnicy składek mogą takie zaświadczenie przygotować samodzielnie lub skorzystać z formularza udostępnionego przez ZUS o nazwie ZUS Z-3. Wśród danych, jakie musi zawierać zaświadczenie płatnika składek, znajdują się również te dotyczące korzystania przez ubezpieczonego z urlopu opiekuńczego czy pozostawania w okresie usprawiedliwionej nieobecności w pracy, o której mowa w art. 63² § 8 k.p., tj. od dnia śmierci pracodawcy do dnia wygaśnięcia umowy o pracę albo dokonania uzgodnienia o kontynuowaniu stosunku pracy albo rozwiązania umowy w przypadku nieustanowienia zarządu sukcesyjnego z chwilą śmierci pracodawcy.

2. Termin przekazania zaświadczenia Z-3 do ZUS

Zaświadczenie Z-3 jest wnioskiem o zasiłek dla pracownika, który w czasie trwania zatrudnienia płatnik składek składa do ZUS. Co do zasady wnioski te należy złożyć w przypadku pierwszego zwolnienia lekarskiego. Jeśli ZUS ma ustalić prawo do zasiłku za dalszy nieprzerwany okres choroby lub sprawowania opieki, wówczas należy złożyć zaświadczenie płatnika składek na formularzu ZAS-12. W takim przypadku dopuszczalne jest także złożenie zaświadczenia na druku ZUS Z-3. Druk ten należy jednak wypełnić tylko do pkt 1 oraz pkt 5 sekcji „Informacja o pracowniku”.

Zaświadczenie Z-3 pracodawca składa:

- w terminie 7 dni od dnia otrzymania zwolnienia lekarskiego na profilu PUE ZUS – jeśli posiada taki profil; należy przypomnieć, że obecnie posiada go każdy płatnik składek,
- w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymał od pracownika wydruk zwolnienia lekarskiego lub zwolnienie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym) – jeśli nie posiada profilu PUE ZUS lub go posiada, ale zwolnienie lekarskie nie jest na tym profilu widoczne.

Jeśli pracownik otrzymał zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym i lekarz nie wprowadził go do systemu (nie jest widoczne na profilu PUE ZUS), łącznie z drukiem Z-3 należy przekazać do ZUS również otrzymane od pracownika zwolnienie lekarskie w formie papierowej. Takie papierowe zaświadczenie lekarskie od pracownika dołącza do ZUS Z-3 lub ZAS-12 również płatnik, który nie ma profilu na PUE ZUS.

3. Wypełnianie zaświadczenia Z-3

Druk zaświadczenia Z-3 należy wypełniać zgodnie z pouczeniem znajdującym się na końcu formularza. Dokument ten jest złożony i podzielony na szereg sekcji.

Tabela 15. Instrukcja wypełniania druku Z-3


Sekcja/pkt sekcji	Jak wypełnić
1	2
Informacje o pracowniku	W tej sekcji wpisuje się informacje m.in. o okresie zatrudnienia pracownika, wymiarze czasu pracy, o rodzaju urlopu udzielonego w związku z rodzicielstwem, o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego czy opiekuńczego.
pkt 1–3	Wpisuje się datę początku i końca zatrudnienia, a gdy zatrudnienie trwa – tylko datę początkową. Jeśli w trakcie zatrudnienia zmieniono wymiar czasu pracy, w pozycji „podaj wymiar czasu pracy” należy wpisać wymiar czasu pracy obowiązujący pracownika w miesiącu, w którym zachorował.

1	2
	<p>W pozycji „podaj datę od kiedy” wpisuje się datę, od której pracownik pracuje w aktualnym wymiarze czasu pracy.</p> <p>W dalszych punktach należy zaznaczyć, czy pracownik zatrudniony jest na podstawie umowy o pracę tymczasowej oraz czy wykonuje pracę za granicą.</p>
pkt 4	<p>Wypełnia się tylko w razie niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub w drodze do/z pracy albo chorobą zawodową, poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu. Jeśli niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem przy pracy, wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, do wniosku o zasiłek chorobowy powinien być dołączony protokół lub karta wypadku. W przypadku choroby zawodowej dołącza się decyzję i zaświadczenie lekarza, które stwierdza, że niezdolność do pracy pracownika jest spowodowana chorobą zawodową.</p>
pkt 5	<p>Należy podać, czy w okresie danej niezdolności do pracy pracownik przebywał na urlopie bezpłatnym, wychowawczym, przebywał w areszcie tymczasowym lub odbywał karę pozbawienia wolności, urlopie opiekuńczym czy wystąpiła usprawiedliwiona nieobecność w pracy o której mowa w art. 63² § 8 k.p., tj. od dnia śmierci pracodawcy do dnia wygaśnięcia umowy o pracę albo dokonania uzgodnienia o kontynuowaniu stosunku pracy albo rozwiązania umowy w przypadku nieustanowienia zarządu sukcesyjnego z chwilą śmierci pracodawcy. Jeśli ww. okresy występowały (należy je podać od–do).</p>
pkt 6	<p>Wpisuje się rodzaj udzielonego urlopu (według Kodeksu pracy) na potrzeby wypłaty zasiłku macierzyńskiego (za urlop macierzyński, na warunkach macierzyńskiego, rodzicielski, ojcowski) wraz z okresem od–do i datą złożenia wniosku.</p>
pkt 7	<p>Informacja, czy w okresie urlopu rodzicielskiego pracownik wykonuje pracę u swojego pracodawcy (jeśli TAK, to należy podać okres od–do i wymiar czasu pracy).</p>
Informacje o wypłaconych świadczeniach	<p>W trzech punktach tej sekcji płatnik podaje, czy i za jakie okresy wypłacił wynagrodzenie chorobowe, zasiłek chorobowy bądź macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne.</p>
pkt 1	<p>Należy podać informację o okresie wypłaconego w danym roku kalendarzowym wynagrodzenia chorobowego na podstawie art. 92 k.p., w tym wypłaconego w poprzednim roku, jeśli okres ten jest wliczany do jednego okresu zasiłkowego (wraz z kodem literowym).</p>
pkt 2	<p>Należy podać informację o okresie wypłaconego zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego wraz z okresami wliczonymi do jednego okresu zasiłkowego (plus kod literowy).</p>
pkt 3	<p>Podaje się dane o okresie i stawce procentowej wypłaconego zasiłku macierzyńskiego; przy czym jeśli z pracownicą umowa o pracę została przedłużona do dnia porodu i zakład pracy byłby zobowiązany do wypłaty zasiłku macierzyńskiego tylko za jeden dzień, wypłaty zasiłku za cały okres dokonuje ZUS.</p>
Pozostałe informacje	<p>Płatnik zaznacza, ile osób zgłosił do ubezpieczenia chorobowego (do 20 lub powyżej).</p>

1	2
Informacje o składnikach wynagrodzenia	Sekcja składa się z 5 tabel, w których wpisuje się składniki wynagrodzenia z podziałem na okresy, za jakie przysługują (miesięczne, kwartalne, roczne, inne).
pkt 1	<p>W tabeli uwzględnia się składniki wynagrodzenia brutto przysługujące za okresy miesięczne. W kolumnach „Rok” i „Miesiąc” należy podać miesiące uwzględniane w podstawie wymiaru zasiłku, np. 12 kalendarzowych miesięcy ubezpieczenia poprzedzających miesiąc absencji. Jeśli okres zatrudnienia jest krótszy, podaje się liczbę pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia. Kolumny 3 i 4 są przeznaczone na wpisanie liczby dni, które faktycznie w danym miesiącu pracownik przepracował, oraz liczby dni, które pracownik był obowiązany przepracować zgodnie z obowiązującym go czasem pracy. W kolumnie 5 należy wskazać przyczynę nieobecności w danym miesiącu, np. chorobę. Jeżeli pracownik jest wynagradzany pensją zasadniczą i ewentualnie innymi składnikami, jak dodatki, premie, w stałej miesięcznej wysokości, to wpisuje się je w kolumnie 6, w kwotach brutto wynikających z umowy o pracę (nawet jeśli liczba dni faktycznie przepracowanych różniła się od obowiązkowego nominału). Wynagrodzenie godzinowe, tj. w stałej stawce godzinowej, również traktuje się jak wynagrodzenie stałe.</p> <p>Wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy traktuje się na równi z wynagrodzeniem za pracę.</p> <p>Wynagrodzenie zmienne, np. akordowe, prowizyjne i/lub składniki zmienne, takie jak np. premie, należy wpisać w kolumny 7 i 8. W kolumnie 7 wpisuje się zmienne wynagrodzenie zasadnicze oraz inne składniki proporcjonalnie zmniejszane za okresy pobierania zasiłków, w kwotach wypłacalnych, bowiem odpowiedniego uzupełnienia dokona ZUS (jeśli w danym miesiącu pracownik przepracował co najmniej połowę obowiązującego go wymiaru czasu pracy).</p> <p>Z kolei w kolumnie 8 wpisuje się kwoty zmiennych składników wliczanych do podstawy zasiłkowej w wysokości faktycznie wypłaconej, bez uzupełnienia, np. wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych, nocnych, premie obniżane za okresy pobierania zasiłków w sposób inny niż proporcjonalny lub pomniejszane za okresy zasiłkowe, jednak sposób pomniejszenia nie wynika z wewnętrznych przepisów płacowych.</p> <p>W kolumnie 9 wpisuje się procent potrąconej składki. Zazwyczaj jest to łączna część składek społecznych finansowana przez ubezpieczonego – 13,71%. Jednak w sytuacji, gdy w miesiącu, z którego wynagrodzenie jest uwzględniane przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku, przychód pracownika przekroczył roczną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, należy obliczyć średni wskaźnik potrąconych pracownikowi za ten miesiąc składek na ubezpieczenia społeczne.</p>
pkt 2	Należy wpisać składniki wynagrodzenia za okresy kwartalne (analogicznie do tabeli z pkt. 1).
pkt 3	Należy wpisać składniki za okresy roczne (analogicznie do tabeli z pkt. 1).
pkt 4	Należy wpisać składniki wynagrodzenia za okresy inne niż miesięczne, kwartalne lub roczne (analogicznie do tabeli z pkt. 1).
pkt 5	Dotyczy pracownika, z którym pracodawca dodatkowo zawarł umowę zlecenia lub o dzieło albo który otrzymuje dodatkowe składniki wynagrodzenia tylko do określonego terminu. Jeżeli okres, do którego składnik jest przyznany, nie upłynął przed powstaniem niezdolności do pracy, podaje się

1	2
	<p>okres, do którego składnik przysługuje, oraz jego kwotę. W przypadku umowy zlecenia/o dzieło (jeśli okres, na który jest zawarta, nie upłynął przed rozpoczęciem niezdolności do pracy) należy podać okres, na jaki umowa została zawarta, oraz przychód osiągnięty z tego tytułu, w rozbięciu na poszczególne miesiące, z których wynagrodzenie jest przyjmowane do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku.</p>
<p>Uwagi</p>	<p>Należy wpisać dodatkowe informacje, mające wpływ na ustalenie wysokości zasiłku, np. jeśli wynagrodzenie pracownika stanowiące podstawę wymiaru zasiłku wraz ze składnikami przysługującymi za okres pobierania zasiłku osiąga poziom minimalny (np. wynagrodzenie zasadnicze 4500 zł + 300 zł dodatek motywacyjny niepomniejszany za okresy choroby), należy podać miesięczne kwoty składników, do których pracownik zachowuje prawo za okres niezdolności do pracy.</p> <p>Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 1 miesiąc kalendarzowy. Jeżeli w związku z tym w poprzednich tabelach zostało podane wynagrodzenie z innego okresu niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy, należy podać dodatkowo poprzedni(e) okres(y) pobierania zasiłku lub wynagrodzenia za okres choroby, jeżeli nie zostały wykazane w sekcji „Informacje o wypłaconych świadczeniach”.</p>
<p>Rachunek bankowy</p>	<p>Wpisuje się nr rachunku bankowego pracownika, jeżeli pracownik wyraził zgodę na przekazanie zasiłku na konto.</p>

Wzór 49. Zaświadczenie płatnika składek

 ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		Z-3	
		Zaświadczenie płatnika składek	
Pieczęćka płatnika składek, jeśli ją posiadasz		<input checked="" type="checkbox"/> wniosek pierwszorazowy <input type="checkbox"/> wniosek o kontynuację świadczenia	
Instrukcja wypełniania Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeśli mamy ustalić Twojemu pracownikowi prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zasiłku wyrównawczego lub świadczenia rehabilitacyjnego. 1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI 2. Pola wyboru zaznacz znakiem X 3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem) 4. Zanim wypełnisz zaświadczenie, zapoznaj się z Pouczeniem			
Dane płatnika składek			
NIP	5 3 1 1 8 5 4 9 7 3		
REGION	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie podałeś NIP		
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGION		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP REGION i PESEL		
Nazwa albo imię i nazwisko	AKACJA SP.J.		
Ulica	PRZYJAZNA		
Numer domu	7	Numer ickalu	30
Kod pocztowy	00-001	Miejscowość	WARSZAWA
Nazwa państwa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski		
Numer telefonu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne		
Dane osoby ubezpieczonej			
PESEL	6 9 1 2 1 2 3 9 5 1 5		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	dd / mm / rrrr Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL		
Imię	KAROL		
Nazwisko	MICHAŁOWSKI		
Zakład Ubezpieczeń Społecznych w internecie – www.zus.pl Strona 1 z 8			