

DEKLARACJA WŁASNA O ZAGRANICZNYM ZWOLNIENIU LEKARSKIM

1.1 Norweski numer identyfikacyjny/tymczasowy numer identyfikacyjny dla obcokrajowców:				1.2 Nazwisko:				
1.3 Proszę określić swój status zawodowy (można zaznaczyć kilka za pomocą krzyżyka):		Przedsiębiorca prowadzący własną działalność gospodarczą		Rolnik Rybak Hodowca reniferów	Samozatrudniona opiekunka do dziecka	Wolny strzelec	Inne	Jeśli inne, jakie:
Osoba zatrudniona	Bezrobotny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Proszę podać nazwę pracodawcy/-ów, u których korzystają Państwo ze zwolnienia chorobowego:								
1.5 Czy pracują Państwo u więcej niż jednego pracodawcy w Norwegii? Jeśli tak, proszę podać nazwę pracodawcy: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>								
1.6 Czy pracodawca wypłaca pensję podczas choroby po upływie pierwszych 16 dni? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>						Jeśli nie, muszą Państwo przesłać nam swój numer konta poprzez formularz NAV 95-00.05, dostępny na stronie www.nav.no/skjema		
1.7 Czy wykonywali Państwo lub zamierzają wykonywać pracę w czasie, za który żądają Państwo zasiłku chorobowego? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>					1.8 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:		Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	
1.9 Czy wykonują Państwo pracę zarobkową poza Norwegią? Jeżeli tak, proszę określić gdzie: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>								
1.10 Czy wykonują Państwo pracę w systemie rotacyjnym lub zmianowym? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, proszę podać ostatni termin wykorzystania godzin odrobionych:					1.11 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:		Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	

2.1 Proszę podać pierwszy dzień nieobecności spowodowany chorobą/urazem (dzień/miesiąc/rok):			
2.2 W jakim okresie przebywali Państwo na zwolnieniu? Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:		Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	
2.3 Czy otrzymali Państwo zaświadczenie o powrocie do zdrowia? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, proszę podać datę:		2.4 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	
2.5 Czy byli Państwo lub zamierzają być na urlopie w czasie, za który żądają Państwo zasiłku chorobowego? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, proszę określić przedział czasowy:		2.6 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:

3.1 Adres w kraju zamieszkania:	
3.2 NAV może skontaktować się z Państwem pod: Powyższym adresem <input type="checkbox"/>	Następującym adresem (proszę podać poniżej) <input type="checkbox"/>

Telefonem: Telefonem komórkowym: Poprzez e-mail:

Zobowiązuję się powiadomić NAV, jeżeli w okresie zasiłku chorobowego

- Zaczę pracować w pełnym/częściowym wymiarze czasu pracy - Wyjadę z Norwegii lub z kraju miejsca zamieszkania
 - Podejmę naukę - Bede przebywał/-a w areszcie, odbywał/-a karę pozbawienia lub ograniczenia wolności, lub będę wykonywał/-a prace na cele społeczne
 - Wykorzystam urlop ustawowy

- Jestem świadomy, że zasiłek chorobowy może zostać wstrzymany oraz że mogę zostać wezwany do jego zwrotu w przypadku zatajenia lub podania niepełnych informacji istotnych dla kwestii mojego zasiłku. Jestem również świadom, iż za tego typu postępowanie mogę zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

Miejsce/data: Podpis:

Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania znajdujące się w formularzu.

Formularz należy wysłać poprzez stronę www.nav.no lub na adres pocztowy widniejący na stronie www.nav.no. Jeżeli mają Państwo pytania, prosimy o skorzystanie ze strony nav.no/sykepenger lub o kontakt z NAV-em (21 07 37 00).