



Mottaker:

NAV skanning
Postboks 1400
0109 Oslo
Norge / Norway

Gjelder:

FNR: 68055717935

REF: 20240521000172

Front page for the application

NAV 08-09.06 Egenerklæring for utenlandske sykemeldinger

This front page should be put at the top when you submit the application. The front page contains information on where the application is to be processed and should be used only on this one occasion.

In order to be able to process the application quickly and efficiently, we ask you to submit the documents listed below:

- NAV 08-09.06 Egenerklæring for utenlandske sykemeldinger
- Sykemelding fra utenlandsk lege

This is what to do:

1. Make sure you have all the documents listed above. Small attachments must be taped to a plain sheet. Use tape on the top and on each side (of the small attachments). Please do not use staples or paperclips
2. If there are information pages in the form, you keep these. Do not submit them.
3. Remember to sign the documents with your name. Use black or dark blue pen.
4. Put the front page on top of the documents and send it all to the address at the top of this sheet.

21 mai 2024
Date

.....
Signature



Personal declaration for foreign sick leave

NAV 08-09.06

Guidance

I know that I can lose my right to sickness benefits if the information I give is not correct or complete. I also know that NAV can withhold or reclaim money, and that providing incorrect information can be a criminal offence.

: Yes

Your personal information

First name

: Krzysztof

Last name

: Chabiera

Do you have a Norwegian national identification number or D number?

: Yes

Norwegian national identification number or D number

: 68055717935

Do you live in Norway?

: No

Foreign contact address

Street name and house number, or PO box

: Barlickiego

Building

: 16/33

Zip code

: 72-602

City / place name

: winouj cie

Country

: Polska

From what date should this address be used (dd.mm.yyyy)?

: 5.4.2005

To what date should this address be used (dd.mm.yyyy)?

: 20.5.2025

Telephone number

: 695216825

Occupational status

What is your occupational status?

: Employee

Salary during illness

Where do you do paid work?

: In Norway

Employers in Norway from which you are on sick leave

Name of employer

: Falkeid Management

Is this employer paying your salary during an illness beyond the first 16 days?

: No

Have you or will you carry out work for this employer during the period in which you requested sickness benefits?

: No

Do you work shifts/rotations for this employer?

: No

Sick leave

State the first day of absence due to illness/injury (dd.mm.yyyy)

: 15.6.2021

During which period were you granted sick leave?

Starting on (dd.mm.yyyy)

: 21.5.2024

Until (dd.mm.yyyy)

: 18.6.2024

Have you been declared healthy and able to work again?

: No

Have you had or will you be taking a vacation or a leave of absence in the period in which you applied for sickness benefits?

: No

Sickness benefit in other EEA countries

Have you received sickness benefit or similar in other EEA countries or the UK during the last three years?

: Yes

In which country?

: Poland

Attachments

Sickness certificate from a doctor outside of Norway

: I will attach it to this application (recommended)

Other documentation

: No, I have no additional documentation I want to submit.

Declaration

I have read all the information I have received in the application and confirm that the information I have provided is correct.

: Yes

Signature

Place and date ROLAND SAINOUPSCIE 20/05/2024

Signature 

Important to be aware of:

- You will only receive sickness benefits if it is your own illness or injury that prevents you from working. Social or economic problems do not entitle you to sickness benefits.
- You may lose your right to sickness benefits if you refuse to disclose your own ability to work, or if you do not accept treatment or workplace adaptations.
- The right to sickness benefits only applies to income you have received as wages/salary that you have paid tax on, at the time of sick leave.
- NAV can collect information necessary to process the application.
- As a general rule, the deadline for applying for sickness benefits is 3 months.
- You must notify NAV if you were in police custody, served a sentence or were in detention during the sick leave period. Notify NAV online <https://www.nav.no/endringer>
- You must report studies that have begun after you were on sick leave and that have not been clarified with NAV. The same applies if you start studying more than you did before you took sick leave. Notify NAV online: <https://www.nav.no/endringer>
- You can read more about rights and obligations at <https://www.nav.no/sykepenger>



Mottaker:

NAV Skanning - SYKEPENGGER
Postboks 1405
0109 Oslo
Norge / Norway

Gjelder:

FNR: 68055717935

REF: 20240521000107

Front page for the application

Application for sickness benefit NAV 08-07.04D

This front page should be put at the top when you submit the application. The front page contains information on where the application is to be processed and should be used only on this one occasion.

In order to be able to process the application quickly and efficiently, we ask you to submit the documents listed below:

- NAV 08-07.04D Application for sickness benefit
- Other

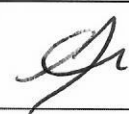
This is what to do:

1. Make sure you have all the documents listed above. Small attachments must be taped to a plain sheet. Use tape on the top and on each side (of the small attachments). Please do not use staples or paperclips
2. If there are information pages in the form, you keep these. Do not submit them.
3. Remember to sign the documents with your name. Use black or dark blue pen.
4. Put the front page on top of the documents and send it all to the address at the top of this sheet.

21 mai 2024
Date

.....
Signature

DEKLARACJA WŁASNA O ZAGRANICZNYM ZWOLNIENIU LEKARSKIM

1.1 Norweski numer identyfikacyjny/tymczasowy numer identyfikacyjny dla obcokrajowców: 68055717935				1.2 Nazwisko: CHABIERA KRZYSZTOF			
1.3 Proszę określić swój status zawodowy (można zaznaczyć kilka za pomocą krzyżyka):		Przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą		Rolnik Rybak Hodowca reniferów	Samozatrudniona opiekunka do dziecka	Wolny strzelec	Inne
Osoba zatrudniona	Bezrobotny	☒	☐	☐	☐	☐	☐
1.4 Proszę podać nazwę pracodawcy/-ów, u których korzystają Państwo ze zwolnienia chorobowego: FALKEID MANAGEMENT AS 4160 FINNOY							
1.5 Czy pracują Państwo u więcej niż jednego pracodawcy w Norwegii? Jeśli tak, proszę podać nazwę pracodawcy: Nie ☒ Tak ☐ FALKEID MANAGEMENT AS 4160 FINNOY							
1.6 Czy pracodawca wypłaca pensję podczas choroby po upływie pierwszych 16 dni?				Jeśli nie, muszą Państwo przesłać nam swój numer konta poprzez formularz NAV 95-00.05, dostępny na stronie www.nav.no/skjema			
Nie ☒ Tak ☐							
1.7 Czy wykonywali Państwo lub zamierzają wykonywać pracę w czasie, za który żądają Państwo zasiłku chorobowego?				1.8 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:		Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	
Nie ☒ Tak ☐							
1.9 Czy wykonują Państwo pracę zarobkową poza Norwegią? Jeżeli tak, proszę określić gdzie:				Nie ☒ Tak ☐			
1.10 Czy wykonują Państwo pracę w systemie rotacyjnym lub zmianowym? Jeżeli tak, proszę podać ostatni termin wykorzystania godzin odrobionych:				1.11 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:		Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	
Nie ☒ Tak ☐							
2.1 Proszę podać pierwszy dzień nieobecności spowodowany chorobą/urazem (dzień/miesiąc/rok): 15/06/2021							
2.2 W jakim okresie przebywali Państwo na zwolnieniu?				Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie: 18.06.2024			
Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie: 21.05.2024							
2.3 Czy otrzymali Państwo zaświadczenie o powrocie do zdrowia? Jeśli tak, proszę podać datę:				2.4 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:			
Nie ☒ Tak ☐							
2.5 Czy byli Państwo lub zamierzają być na urlopie w czasie, za który żądają Państwo zasiłku chorobowego? Jeśli tak, proszę określić przedział czasowy:				2.6 Od (dzień/miesiąc/rok) włącznie:		Do (dzień/miesiąc/rok) włącznie:	
Nie ☒ Tak ☐							
3.1 Adres w kraju zamieszkania: 72-602 SWINOUJSCIE street: Barlickiego 16/33 POLAND							
3.2 NAV może skontaktować się z Państwem pod: ☒ Powyższym adresem				Następującym adresem (proszę podać poniżej) ☐			
Telefonem:		Telefonem komórkowym:		Poprzez e-mail:			
		+48695216825		chabiera-krzysztof@o2.pl			
Zobowiązuję się powiadomić NAV, jeżeli w okresie zasiłku chorobowego - Zacznę pracować w pełnym/częściowym wymiarze czasu pracy - Podejmę naukę - Wykorzystam urlop ustawowy - Wyjadę z Norwegii lub z kraju miejsca zamieszkania - Będę przebywał/-a w areszcie, odbywał/-a karę pozbawienia lub ograniczenia wolności, lub będę wykonywał/-a prace na cele społeczne - 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: Swinoujście 20/05/2024				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).

Wypełnić tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

ZUS ZLA	Seria ZI	Nr 5392882	KOPIA	POUFNE DRUK ŚCIŚLEGÓ ZARACHOWANIA	ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
---------	-------------	---------------	-------	--------------------------------------	-------------------------

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. PESEL ubezpieczonego 57052806894	02. Imię pierwsze ubezpieczonego KRZYSZTOF
03. Nazwisko ubezpieczonego CHABIERA	04. Ubezpieczony w (1) 4
05. Seria i numer paszportu (2)	06. Data urodzenia ubezpieczonego (dd / mm / rrrr) (2)

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO (3)

07. Państwo	08. Kod pocztowy 72 - 600	09. Miejscowość ŚWINOUJŚCIE
10. Ulica UL. NORBERTA BARLICKIEGO		
11. Numer domu 16	12. Numer lokalu 33	

DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

13. Niezdolność do pracy od (dd / mm / rrrr) 21 / 05 / 2024	14. Niezdolność do pracy do (dd / mm / rrrr) 18 / 06 / 2024	15. Pobyt w szpitalu od (dd / mm / rrrr)	16. Pobyt w szpitalu do (dd / mm / rrrr)
17. Wskazania lekarskie (4) 2	18. Kod(y) (5) / / / /	19. Numer statystyczny choroby 502	20. Kod pokrewieństwa osoby pod opieką (6)
		21. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (dd / mm / rrrr)	

DANE PŁATNIKA

22. Rodzaj identyfikatora płatnika (7)	23. Identyfikator płatnika (8)
	2243400 Joanna Senków-Bednarek Specjalista Medycyny

PODMIOT WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

24. Nazwa skrócona PRZYCHODNIA LEKARSKA NOVA-MED	
25. Kod pocztowy 72 - 600	26. Miejscowość ŚWINOUJŚCIE
27. Ulica DĄBROWSKIEGO	
28. Numer domu 4	29. Numer lokalu

DANE LEKARZA

30. Identyfikator lekarza 2243400	31. Imię lekarza JOANNA
32. Nazwisko lekarza SEŃKÓW - BEDNAREK	

33. Data wystawienia dokumentu (dd / mm / rrrr)

20 / 05 / 2024

34. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentysty,
starszego felczera, felczera, asystenta
medycznego2243400 Joanna Senków-Bednarek
Specjalista Medycyny

- (1) ZUS - wpisać 1 / KRUS - 2 / innym w Polsce - 3 / innym państwie - 4
(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL
(3) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy
(4) Chory powinien leżeć - wpisać 1 / chory może chodzić - 2
(5) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E
(6) Jeśli dziecko - wpisać 1
małżonek, rodzice, ojczym, macocha, rodzic dziecka, teściowie, dziadkowie, wnuki,
rodzeństwo - 2
inne osoby - 3
(7) NIP - wpisać 1 / PESEL - 2 / seria i numer paszportu - 3
(8) Należy wpisać (bez kresek) NIP lub PESEL, lub serię i numer paszportu płatnika
składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwać się NIP i nie nadano PESEL
(9) Wpisywać bez kresek