

– miejsce do wypełnienia przez SSA –  
– to be completed by SSA –

**WNIOSEK  
O POLSKĄ EMERYTURĘ – RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY \***  
**REQUEST FOR POLISH RETIREMENT – ANNUITY FOR INABILITY TO WORK \***

Formularz wypełnia wnioskodawca drukowanymi literami wpisując tekst w miejscach wykropkowanych  
oraz zaznaczając krzyżykiem odpowiednią kratkę.  
Applicant must complete form in printed letters while entering text on dotted lines and providing brief responses  
and indicating brief response with x-mark

1.	Informacje dotyczące osoby ubezpieczonej <i>Information pertaining to insured</i>	
1.1	Nazwisko ..... <i>Surname</i>	
1.2	Nazwisko rodowe ..... <i>Family surname</i>	
1.3	Imiona ..... <i>Given names</i>	
1.4	Data urodzenia ..... <i>Date of birth</i>	Miejsce urodzenia ..... <i>Place of birth</i>
1.5	Imię ojca ..... <i>Name of father</i>	Imię matki ..... <i>Name of mother</i>
1.6	Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <i>Sex male female</i>	
1.7	Stan cywilny: <i>Marital status:</i>	
	<input type="checkbox"/> wolny/ a <input type="checkbox"/> żonaty/ zamężna <input type="checkbox"/> rozwiedziony/ a <i>unmarried married divorced</i>	
	<input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> wdowiec/ wdowa <i>separated widowed</i>	
1.8	Adres zamieszkania w Stanach Zjednoczonych ..... <i>Address of residence in the United States</i>	
1.9	Ostatni adres zamieszkania w Polsce ..... <i>Most recent address of residence in Poland</i>	
1.10	Numer identyfikacyjny w Polsce <sup>(2)</sup> ..... <i>Identification number in Poland <sup>(2)</sup></i>	
1.11	Numer ubezpieczenia w Stanach Zjednoczonych ..... <i>Insurance number in the United States</i>	

\* niepotrzebne skreślić  
*cross out what does not apply*






4. Oświadczenie wnioskodawcy  
*Certification of applicant*

Oświadczam, że:  
*I certify that:*


4.1 Nadal wykonuję działalność zawodową  tak  nie  
*I am continuing to perform occupational activity* *yes no*

Data, od której ustała lub ustanie działalność zawodowa  (1)  
*Date after which occupational activity stopped or will stop*

Miesięczna wysokość przychodu z tytułu wykonywanej działalności zawodowej .....  
*Monthly amount of income from occupational activity performed*

4.2 Pobieram  wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, zasiłek chorobowy z ubezpieczenia społecznego lub świadczenie rehabilitacyjne <sup>(10)</sup>  
*I am collecting* *an award for a period of disability, sick pay from social insurance or rehabilitation benefits <sup>(10)</sup>*

tak  nie  
*yes no*

Data zaprzestania pobierania tych świadczeń  (1)  
*Date collection of these benefits will end*

4.3 Pobieram polską emeryturę--rentę  tak  nie  
*I am collecting a Polish pension-annuity* *yes no*

Jeśli tak, należy podać:  
*If yes, please enter:*

nazwę instytucji wypłacającej świadczenie .....  
*name of institution paying benefits*

adres instytucji .....  
*address of institution*

numer sprawy .....  
*case number*

4.4  Jestem  Nie jestem  
*I am I am not*

członkiem otwartego funduszu emerytalnego (OFE) <sup>(11)</sup>  
*a member of the open retirement fund (OFE) <sup>(11)</sup>*

4.5 Wnoszę o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w OFE – za pośrednictwem ZUS – na dochody budżetu państwa <sup>(12)</sup>  
*I am filing for a transfer of resources accumulated in an OFE account – through the ZUS – for income from the state budget <sup>(12)</sup>*

tak  nie  
*yes no*

4.6 Zgłaszałem/am wniosek o ustalenie kapitału początkowego <sup>(11)</sup>  tak  nie  
*I am filing an application to establish initial capital <sup>(11)</sup>* *yes no*

Jeśli tak, należy podać oddział ZUS .....  
*If yes, give branch of ZUS*

4.7  Jestem  Nie jestem  
*I am I am not*

właścicielem, współwłaścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni ..... ha położonego w Polsce, w Stanach Zjednoczonych lub w innym państwie <sup>(13) (14)</sup>  
*an owner, co-owner, or in possession of a farm with square footage of ..... hectares located in Poland, in the United States or some other country <sup>(13) (14)</sup>*

5. Informacje dotyczące małżonki/ a osoby ubezpieczonej <sup>(13)</sup>  
*Information pertaining to spouse of insured <sup>(13)</sup>*

5.1 Nazwisko .....  
*Surname*

5.2 Imiona .....  
*Given names*

5.3 Data urodzenia ..... <sup>(1)</sup> Miejsce urodzenia .....  
*Date of birth* ..... *Place of birth*

5.4 Małżonka/ małżonek  
*Husband/ wife*

jest  nie jest  
*is is not*

właścicielem, współwłaścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni ..... ha położonego  
w Polsce, w Stanach Zjednoczonych lub w innym państwie <sup>(14)</sup>  
*an owner, co-owner, or in possession of a farm with square footage of ..... hectares located in Poland, in the United States  
or some other country <sup>(14)</sup>*

5.5 Małżonka/ małżonek  
*Husband/ wife*

ma  nie ma  
*has does not have*

ustalonego prawa do emerytury-renty  
*established pension-annuity rights*

Jeśli tak, należy podać:  
*If yes, please enter:*

nazwę instytucji wypłacającej świadczenie .....  
*name of institution paying benefits*

numer świadczenia .....  
*certification number*

5.6 Małżonka/ małżonek  
*Husband/ wife*

podlega  nie podlega  
*is eligible is not eligible*

obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników.  
*mandatory social insurance for farmers.*

6. Identyfikacja bankowa  
*Bank identification*

6.1 Należności z tytułu przysługującej emerytury-renty proszę przekazywać na rachunek bankowy:  
*Please transfer amounts resulting awarding of pension-annuity to the following bank account:*

6.2 Nazwa banku .....  
*Name of bank*

6.3 Adres banku .....  
*Address of bank*

6.4 Kod banku .....  
*Bank code*

6.5 Numer rachunku bankowego <sup>(15)</sup> .....  
*Bank account number <sup>(15)</sup>*

Do wniosku dołączam ..... dowodów  
*I am attaching ..... documents to this application*

7. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem  
*I am aware of criminal responsibility for making false statements; I swear that all data included in this application is consistent with the truth which I confirm by signing below*

Data .....  
 Date .....

Podpis wnioskodawcy .....  
 Signature of applicant .....

#### UWAGI NOTES

- (1) Datę należy wpisać podając rok, miesiąc, dzień np. 2 | 0 | 0 | 9 | 1 | 2 | 0 | 1 | .  
*Dates should be entered with year, month, day, as follows:*
- (2) Należy podać numer ewidencyjny PESEL oraz numer identyfikacji podatkowej NIP, a w razie ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.  
*Enter PESEL record number and NIP tax identification number or, if this is not possible, enter the series and number of personal ID or passport.*
- (3) W odniesieniu do wypadku przy pracy należy dołączyć protokół powypadkowy sporządzony przez pracodawcę lub kartę wypadku sporządzoną przez inne właściwe podmioty dotyczącą ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku, a w odniesieniu do choroby zawodowej – decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej wydaną przez państwowego inspektora sanitarnego.  
*For accident at work, attach accident report form completed by employer or accident chart completed by other appropriate subject involved in establishing the facts and cause of the accident and for occupational disease, attach decision of proof of occupational disease issued by national health inspector.*
- (4) Należy dołączyć kartę wypadku w drodze do pracy lub z pracy.  
*Attach report of accident on way to or from work.*
- (5) Należy dołączyć dokument potwierdzający rolniczą chorobę zawodową.  
*Attach document confirming farm-related occupational disease*
- (6) Osoby wykonujące pracę na własny rachunek będące rolnikami (domownikami) powinny podać miejsce położenia gospodarstwa rolnego (miejscowość, powiat, województwo).  
*Persons engaging in work on their own behalf who are farmers (householders) must note place where farm is located (locality, district, province).*
- (7) Przyznanie świadczeń uzależnione jest od udokumentowania okresów ubezpieczenia.  
 Dokumentami potwierdzającymi okresy ubezpieczenia w Polsce są **m.in.:** zaświadczenia o zatrudnieniu wydawane przez pracodawców lub następców prawnych, legitymacje ubezpieczeniowe, dowody potwierdzające ubezpieczenie z tytułu prowadzenia działalności na własny rachunek, książeczka wojskowa, jak również zaświadczenie uczelni stwierdzające fakt ukończenia studiów wyższych i programowych ich wymiar – w przypadku nauki w szkole wyższej, skrócony akt urodzenia dziecka – w przypadku niewykonywania pracy z powodu opieki nad dzieckiem w wieku do lat 4.  
 Dokumentami potwierdzającymi okresy prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w nim przed dniem 1.07.1977 r. są: zaświadczenie urzędu gminy, zeznania świadków, inne.  
 Wszelkie dokumenty należy przedłożyć w oryginale albo ich kopie poświadczone przez amerykańską instytucję ubezpieczeniową, notariusza lub konsula RP.  
**Nieudokumentowanie okresów ubezpieczenia w Polsce spowoduje brak możliwości ustalenia prawa do polskiego świadczenia.**  
*Recognition of pension is dependent on documentation of periods of insurance.  
 Documentation proving periods of insurance include the following among others: certification of employment issued by employers or legal successors, insurance identification, proof of insurance because of engaging in activity on one's own behalf [self-employment], military papers, as well as certification of school proving fact of completion of higher studies and programs of that extent – in the case of studies at institution of higher learning, child's birth certificate; in the case of not working because of caring for child under the age of 4.  
 Documents confirming periods of engagement in farming or work on a farm prior to July 1, 1977 include the following: certification of community board, depositions, others.  
 All documents must be submitted as originals or copies certified by American insurance institution, notary or consulate of the Republic of Poland.  
**Failure to document periods of insurance in Poland will result in the inability to establish right to Polish benefits.***

- (8) Dla celów ustalenia podstawy wymiaru emerytury – renty:
- w przypadku pracowników najemnych należy dołączyć zaświadczenie zawierające dane o podstawie wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe albo zaświadczenie o wynagrodzeniu wystawione przez pracodawcę (lub następcę prawnego) lub legitymację ubezpieczeniową zawierającą wpisy o wysokości wynagrodzenia;
  - w przypadku osób pracujących na własny rachunek należy podać numer konta płatnika składek, a jeżeli działalność była wykonywana przed objęciem jej obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym – zaświadczenie organizacji społeczno-zawodowej (np. Cechu Rzemiosł).
- Dokumenty należy przedłożyć w oryginale albo ich kopie poświadczone przez amerykańską instytucję ubezpieczeniową, notariusza lub konsula RP.
- For purposes of establishing basis for amount of pension-annuity:*
- *in the case of wage workers, it is necessary to attach certification containing data pertaining to basis of extent of contribution to social insurance or retirement and pension insurance or certification as to award provided by employer (or legal representative) or insurance identification containing information on amount of award;*
  - *in the case of persons who are self-employed, it is necessary to attach number of contribution payer account and if activity was performed prior to his/her acceptance by mandatory social insurance, certification of social-occupational organization (such as Cech Rzemiosl) must be attached.*
- Documents must be submitted as originals or as copies certified by American insurance institution, notary of consulate of Republic of Poland.*
- (9) Nie dotyczy osób wnioskujących o polską emeryturę – rentę z tytułu niezdolności do pracy z systemu ubezpieczenia społecznego rolników.
- Does not apply to persons applying for Polish pension-annuity because of inability to work from system of social insurance for farmers.*
- (10) Należy wypełnić, jeśli osoba wnioskująca o polską emeryturę – rentę pobiera świadczenie związane z czasową niezdolnością do pracy – chorobą (bez względu na podmiot wypłacający to świadczenie) lub też świadczenie rehabilitacyjne wypłacane po wyczerpaniu zasiłku chorobowego w przypadku, gdy osoba jest nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy.
- Must be completed if person applying for Polish pension-annuity is collecting benefits associated with temporary inability to work – sick benefits (without regard to entity paying this benefit) or rehabilitation benefits paid after sick leave is exhausted in situation where individual is still unable to work or rehabilitation is required for recovery of ability to work.*
- (11) Dotyczy wyłącznie osób urodzonych po 31.12.1948 r.
- Applies only to persons born after December 31, 1948.*
- (12) Wypełnia osoba ubezpieczona, która jest członkiem OFE. Osobie urodzonej po 31.12.1948 r. przysługuje emerytura w wieku niższym niż powszechnie obowiązujący, tj. niższym niż 60 lat – dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn (art. 46, 50, 50a, 50e lub art.184 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, art. 88 ustawy z dnia 26.01.1982 r. – Karta Nauczyciela, art. 3 ustawy z dnia 27.07.2005 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z FUS oraz ustawy – Karta Nauczyciela) pod warunkiem nie przystąpienia do otwartego funduszu emerytalnego. Warunek ten jest spełniony także wówczas, gdy osoba, która przystąpiła do OFE, wystąpi o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w OFE, za pośrednictwem ZUS, na dochody budżetu państwa.
- To be completed by insured who is a member of OFE. Persons born after December 31, 1948 are entitled to pension at age below the universally stated age, i.e., less than 60 years for women and 65 years for men (Articles 48, 50, 50a, 50e or Article 184, Law on Pensions and Annuities from the Social Insurance Fund dated December 17, 1998 and Article 88, Law dated January 26, 1982, Teacher Charter, Article 3 of the Law on Changing the Statute on Pensions and Annuities from the Social Insurance Fund dated July 7, 2005 and the Statute – Teacher Charter) on condition that they are not participants in the open retirement fund. This condition is also met when an individual who was a participant in the OFE resigns with transfer of funds accumulate in the OFE through the social insurance agency to income from the state budget.*
- (13) Dotyczy wyłącznie osób wnioskujących o polską emeryturę – rentę z tytułu niezdolności do pracy z systemu ubezpieczenia społecznego rolników.
- Applies only to persons applying for Polish pension-annuity because of inability to work from the system of social insurance for farmers.*
- (14) Przez „posiadanie gospodarstwa rolnego” należy rozumieć faktyczne władanie takim gospodarstwem, jak np. użytkowanie, dzierżawienie.
- By possession of a farm" is meant actual the management of such property as an user, tenant, etc.*
- (15) Należy dołączyć zaświadczenie banku potwierdzające prowadzenie powyższego rachunku bankowego.
- Attach certification of bank proving use of above-noted bank account*