

**WNIOSSEK
 O POLSKĄ EMERYTURĘ – RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ***
**APPLICATION
 FOR POLISH RETIREMENT PENSION OR INABILITY TO WORK PENSION ***

Formularz w pkt od 1 do 7 wypełnia wnioskodawca drukowanymi literami wpisując tekst w miejscach wykropkowanych oraz zaznaczając krzyżykiem odpowiednią kratkę.
 Formularz w pkt 8 wypełnia instytucja kanadyjska.

Applicants must complete Sections 1 to 7 of the form in block letters using the dotted lines and placing a cross in boxes.
 The Canadian competent institution completes section 8 of this form.

| | | |
|------|---|---|
| 1. | Informacje dotyczące osoby ubezpieczonej/ Information concerning the insured person | |
| 1.1 | Nazwisko/ Family name | ..... |
| 1.2 | Nazwisko rodowe/ Family name at birth | ..... |
| 1.3 | Imiona/ Given names | ..... |
| 1.4 | Data urodzenia/ Date of birth | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| (1) Miejsce urodzenia/ Place of birth |
| 1.5 | Imię ojca/ Father's given name | Imię matki/ Mother's given name |
| 1.6 | Płeć/ Sex | <input type="checkbox"/> mężczyzna/ male <input type="checkbox"/> kobieta/ female |
| 1.7 | Stan cywilny/ Etat civil | <input type="checkbox"/> wolny/a single <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna married <input type="checkbox"/> rozwiedziony/a divorced <input type="checkbox"/> w separacji separated <input type="checkbox"/> wdowiec/ wdowa widowed |
| 1.8 | Adres zamieszkania w Kanadzie/ Current address in Canada | ..... |
| 1.9 | Ostatni adres zamieszkania w Polsce/ Last home address in Poland | ..... |
| 1.10 | Numer identyfikacyjny w Polsce (2) / Polish Identification Number (2) | ..... |
| 1.11 | Numer ubezpieczenia w Kanadzie/ Canadian Social Insurance Number | ..... |
| 1.12 | Zgłaszałem/am poprzednio w polskiej instytucji ubezpieczeniowej wniosek o emeryturę – rentę z tytułu niezdolności do pracy / I already filed an application for a retirement pension or in respect of my inability to work with an insurance institution in Poland | <input type="checkbox"/> tak/ yes <input type="checkbox"/> nie/ no |
| | Jeśli tak, podać/ If yes, please indicate: | |
| | nazwę instytucji/ name of the institution | ..... |
| | adres instytucji/ address of the institution | ..... |
| | numer sprawy/ file number | ..... |
| 1.13 | Ubiegam się o rentę z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej/ I apply for a pension for my inability to work due to: | |
| | - wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową/ an accident at work or an occupational disease | <input type="checkbox"/> tak (3)/ yes (3) <input type="checkbox"/> nie/ no |
| | - wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy/ accident on the way to or from work | <input type="checkbox"/> tak (4)/ yes (4) <input type="checkbox"/> nie/ no |
| 1.14 | Ubiegam się o rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową/ I am applying for an agricultural pension since my inability to work was caused by an accident at work in agricultural functions or caused by an agricultural occupational disease | |
| | <input type="checkbox"/> tak (5)/ yes (5) <input type="checkbox"/> nie/ no | |
| | w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej w dniu | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| (1) |
| | in connection with an accident at work on agricultural functions | |
| | Prawo do jednorazowego odszkodowania jest/ było rozpatrywane przez jednostkę KRUS w | |
| | Right to a single compensation is /was considered by the Agricultural Social Insurance Fund in | |

* niepotrzebne skreślić/ delete

3. Ustalenie podstawy wymiaru emerytury-renty^{(8) (9)} / Determination of the retirement pension^{(8) (9)}

3.1 Do ustalenia podstawy wymiaru emerytury-renty proszę przyjąć/ To determine the base of your retirement pension, please choose:

- przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie 10 kolejnych lat kalendarzowych, wybranych z ostatnich 20 lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok zgłoszenia wniosku, tj. od do
- the average basis of the contributions made to the social insurance, pension or inability to work scheme under the Polish law within 10 consecutive calendar years chosen from the past 20 calendar years immediately preceding the year of notification of the proposal from to*
- przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie 20 lat kalendarzowych przypadających przed rokiem zgłoszenia wniosku, wybranych z całego okresu podlegania ubezpieczeniu/
- the average basis of the contribution made to the social insurance, pension or inability to work scheme under the Polish law chosen from 20 calendar years immediately preceding the year of filing the application and selected through all of your insurance periods*
- przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie 10 kolejnych lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok, w którym rozpocząłem/ęłam ubezpieczenie za granicą po raz pierwszy, ponieważ w okresie 20 lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok zgłoszenia wniosku nie byłem/am ubezpieczona w Polsce/
- the average basis of the contributions made to the social insurance, pension or inability to work scheme under Polish law within 10 consecutive calendar years preceding the year I first registered to social insurance abroad, because during the period of 20 calendar years immediately preceding the year of filing the application, I have not contributed to any social insurance scheme in Poland*
- podstawę wymiaru składki na podstawie przepisów prawa polskiego z okresu faktycznego podlegania ubezpieczeniu, tj. od do
- the average basis of the contribution base as required by Polish law during the period of insurance from to*
- podstawę wymiaru wcześniej pobieranej emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy
- the average basis of benefits previously collected from the social insurance, pension or inability to work scheme*
- podstawę wymiaru emerytury przyjętej do ustalenia świadczenia przedemerytalnego/
- the average basis of the pension base established at the time of the approval of a pre-retirement benefit*

Jeżeli Pan/i nie zaznaczy odpowiedniej kratki, podstawa wymiaru emerytury-renty zostanie ustalona przez ZUS na podstawie przedłożonych dokumentów – w wariantcie najkorzystniejszym./
If you do not mark the appropriate boxes, the base-retirement pension will be determined by the ZUS on the basis of the submitted documents and at the most advantageous option for the applicant.

4. Oświadczenie wnioskodawcy/ Declaration of the applicant

Oświadczam, że/ I declare that:

4.1 Nadal wykonuję działalność zawodową/ I am still performing a professional activity tak/ yes nie/ no

Data, od której ustala lub ustanie działalność zawodowa
 Current date or date of termination of the occupation

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (1)

Miesięczna wysokość przychodu z tytułu wykonywanej działalności zawodowej
 Please indicate the monthly income of this occupation or professional activity

4.2 Pobieram/ I am currently receiving

- wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, zasiłek chorobowy z ubezpieczenia społecznego lub świadczenie rehabilitacyjne⁽¹⁰⁾ tak/ yes nie/ no
- the payment of wages for a disease or a disease or rehabilitation benefit from a social insurance scheme⁽¹⁰⁾*

Data zaprzestania pobierania tych świadczeń
 Date of cessation of collection of these benefits

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (1)

4.3 Pobieram polską emeryturę–rentę tak/ yes nie/ no
I am currently receiving a Polish retirement pension
 Jeśli tak, podać/ *If yes, please indicate:*
 nazwę instytucji wypłacającej świadczenie/ *name of the institution*
 adres instytucji/ *address of the institution*
 numer świadczenia/ *pension number or file number*

4.4 Jestem/ *I am* Nie jestem/ *I am not*
 członkiem otwartego funduszu emerytalnego (OFE) ⁽¹¹⁾ / *a member of the open pension fund (OFE)* ⁽¹¹⁾

4.5 Wnoszę o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w OFE – za pośrednictwem ZUS – na dochody budżetu państwa ⁽¹²⁾ / *I would like to transfer funds accumulated in my account at OFE; via ZUS; in the State Budget* ⁽¹²⁾
 tak/ yes nie/ no

4.6 Zgłaszałem/am wniosek o ustalenie kapitału początkowego ⁽¹¹⁾ tak/ yes nie/ no
I filed an application to set my initial capital ⁽¹¹⁾
 Jeśli tak, należy podać oddział ZUS
If yes, please indicate with which ZUS unit

4.7 Jestem/ *I am* Nie jestem/ *I am not*
 właścicielem, współwłaścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni ha położonego w Polsce, w Kanadzie lub w innym państwie ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾
owner, co-owner or holder of a farm of *hectares located in Poland, in Canada or in any country* ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾

5. Informacje dotyczące małżonki/ a osoby ubezpieczonej ⁽¹³⁾ / *Information concerning the spouse of the insured* ⁽¹³⁾

5.1 Nazwisko/ *Family name*

5.2 Imiona/ *Given names*

5.3 Data urodzenia/ *Date of birth* | | | | | | | | | | ⁽¹⁾ Miejsce urodzenia/ *Place of birth*

5.4 Małżonka/ małżonek
Spouse
 jest/ *is* nie jest/ *is not*
 właścicielem, współwłaścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni ha położonego w Polsce, w Kanadzie lub w innym państwie ⁽¹⁴⁾
owner, co-owner or holder of a farm of *hectares located in Poland, in Canada or in any country* ⁽¹⁴⁾

5.5 Małżonka/ małżonek
Spouse
 ma/ *his* nie ma/ *his not*
 ustalonego prawa do emerytury–renty/ *receiving a retirement pension*
 Jeśli tak, podać/ *If yes, please indicate:*
 nazwę instytucji wypłacającej świadczenie/ *name of the institution*
 numer świadczenia/ *pension number*

5.6 Małżonka/ małżonek
Spouse
 podlega/ *is subject to* nie podlega/ *is not subject to*
 obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników/ *compulsory social security scheme for farmers*

6. Identyfikacja bankowa/ *Bank information*

- 6.1 Należności z tytułu przysługującej emerytury–renty proszę przekazywać na rachunek bankowy/ *Please pay the amounts due for my retirement in this bank account:*
- 6.2 Nazwa banku/ *Name of the bank*
- 6.3 Adres banku/ *Address of the bank*
- 6.4 Kod banku/ *Bank code*
- 6.5 Numer rachunku bankowego ⁽¹⁵⁾/ *Bank account number* ⁽¹⁵⁾

Do wniosku dołączam dowodów
I am including with this application documents

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 the criminal liability for making false statements and I can certify that all the information contained in this application form is true.*

Data
Date

Podpis wnioskodawcy
Signature of the applicant

8. WYPEŁNIA INSTYTUCJA KANADYJSKA/ *TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA*

- 8.1 Potwierdzamy, że dane osobowe zawarte w tym formularzu są zgodne z danymi zawartymi w oryginalnych dokumentach przedłożonych przez wnioskodawcę/ *We confirm that the personal information contained in this form is consistent with the data contained in the original documentation submitted by the applicant.*

- 8.2 Data złożenia wniosku⁽¹⁾
Date of claim

8.3 Pieczętka
Stamp

8.4 Data
Date

8.5 Podpis urzędnika
Signature of the authorized agent

UWAGI / NOTES

- (1) Datę należy wpisać podając rok, miesiąc, dzień np. 2|0|0|9|1|2|0|1|.
Please write the date in the following order: year, month, day. Example: 2|0|0|9|1|2|0|1|.
- (2) Należy podać numer ewidencyjny PESEL oraz numer identyfikacji podatkowej NIP, a w razie ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
Please indicate the identification number of the population PESEL and tax identification number NIP, or the serial number of the identity card 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.
In case of an accident please attach a report of the accident prepared by the employer or a report established by another competent body on the circumstances and causes of this accident or in case of an occupational disease: a decision report confirming the existence of an occupational disease established by a national competent institution.
- (4) Należy dołączyć kartę wypadku w drodze do pracy lub z pracy.
Please attache report of accident on way to or from work.
- (5) Należy dołączyć dokument potwierdzający rolniczą chorobę zawodową.
Please provide evidence that the occupational disease was caused by agricultural functions.
- (6) Osoby wykonujące pracę na własny rachunek będące rolnikami (domownikami) powinny podać miejsce położenia gospodarstwa rolnego (miejscowość, powiat, województwo).
Persons performing work on their own account on a farm should specify the location of the farm (town, district, province).
- (7) Przyznanie świadczeń uzależnione jest od udokumentowania okresów ubezpieczenia.
It is necessary to submit the supporting documents relating to the periods of insurance in order to be entitled to a benefit.

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 programowy 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.

In Poland, the evidence concerning periods of insurance are: employment certificates issued by employers or their legal successors, insurance booklets confirming insurance under self-employment, military record, certificate issued by a college confirming the fact of having completed their studies and duration of the program, certificate of birth of a child - in case of inactivity caused by parental leave for the care of a child until the age of 4 years.

Dokumentami potwierdzającymi okresy prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w nim przed dniem 1.07.1977 r. są: zaświadczenie urzędu gminy, zeznania świadków, inne.
Evidence accepted for working periods in a farm before 1.07.1977 are as follows: certificate from municipal office or the testimony of witnesses.

Wszelkie dokumenty należy przedłożyć w oryginale albo ich kopie poświadczone przez kanadyjską instytucję ubezpieczeniową, notariusza lub konsula RP.

All documents submitted must be in original or copies certified by the Canadian pension institution, a notary or a consul of the Republic of Poland.

Nieudokumentowanie okresów ubezpieczenia w Polsce spowoduje brak możliwości ustalenia prawa do polskiego świadczenia.

Please note that if you do not provide documentation about your periods of insurance in Poland, the Polish competent institution will not be able to establish your right to a pension.

- (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).
- For purposes of determining the base of your retirement pensions:*
- *In the case of a non self-employed worker, these documents should accompany your application: a certificate containing information about contributions to a social insurance scheme or a pension fund, a certificate of earnings issued by your employer (or successor) or an insurance card that contains entries of your salary;*
 - *In the case of the self-employed worker, please provide your account number where you paid your contributions, and if the activity was carried out before taking the compulsory social insurance – a certificate of socio-professional organizations (i.e. the Guild of Handicraft).*

Dokumenty należy przedłożyć w oryginale albo ich kopie poświadczone przez kanadyjską instytucję ubezpieczeniową, notariusza lub konsula RP.

All documents must be submitted in original or copies certified by the Canadian pension institution, a notary or a consul of the 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 for persons applying for a Polish retirement pension base on inability to work with the Agriculture social security scheme.

- (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.
To be completed if the person applying for Polish Retirement Pension base on the provision of temporary incapacity to work – or a disease (irrespective of paying a service), or on the provision of rehabilitation after the exhaustion of a paid sick pay if the person is still unfit for work or if further treatment and prognosis for recovery or rehabilitation of their ability to work is needed.
- (11) Dotyczy wyłącznie osób urodzonych po 31.12.1948 r.
This applies only to persons born after December 31st 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 a member of the OFE. A person born after 31.12.1948 entitled to a retirement age below the age being in force, less than 60 years for women and less than 65 years for men (art. 46, 50, 50a, 50e, or art. 184 17.12.1998 Law on pensions and pension fund Social Security, art. 88 of the Law of 26.01.1982 -, art. 3 of the Law of 27.07.2005 on changes to the law on pensions and pension fund Social Security and the Law - on condition of not being a member of OFE. This condition is satisfied if the person is a member of OFE files a request to transfer funds accumulated in his account at OFE - via ZUS - the state budget.
- (13) Dotyczy wyłącznie osób wnioskujących o polską emeryturę – rentę z tytułu niezdolności do pracy z systemu ubezpieczenia społecznego rolników.
This applies only to applicants for a Polish Retirement Pension for their inability to work with the social security system for farmers.
- (14) Przez „posiadanie gospodarstwa rolnego” należy rozumieć faktyczne władanie takim gospodarstwem, jak np. użytkowanie, dzierżawienie.
The term "owner of a farm" should be understood as: the actual possession of the farm.
- (15) Należy dołączyć zaświadczenie banku potwierdzające prowadzenie powyższego rachunku bankowego.
Please attach the certificate from the bank confirming your banking identification and information.