

DO WYPEŁNIENIA PRZEZ DZIAŁ ŚWIADCZEŃ FEDERALNYCH AMBASADY USA:

PFD:	800#	CLAIM TYPE:	W/E:	
			C/N:	

FORMULARZ POMOCNICZY DO PODANIA O ŚWIADCZENIA Z AMERYKAŃSKIEGO SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (U.S. SOCIAL SECURITY)

Proszę zaznaczyć rodzaj świadczeń, o które się Pan/Pani ubiega:

- emerytura świadczenie dla współmałżonka renta wdowia
 renta inwalidzka świadczenie dla dziecka zasiłek pośmiertny (\$255,00)

I. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ (która pracowała w USA)– wypełnia każdy

1. Imię i nazwisko: _____

2. Numer Social Security: _____ - _____ - _____

3. Data urodzenia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

4. Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

5. Inne używane imiona i nazwiska (np. nazwisko panieńskie): _____

6. Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____

a) jeśli USA - numer paszportu USA: _____

paszport wydany dnia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

b) jeśli obywatelstwo inne niż USA, daty pobytów w USA: od _____ do _____;

od _____ do _____; od _____ do _____; od _____ do _____

c) jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: _____

data wydania karty stałego rezydenta: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

7. Dzieci nieletnie lub niepełnosprawne pozostające na utrzymaniu: TAK NIE

8. Stan cywilny: zamężny/a wolny rozwiedziony/a wdowiec/wdowa

Dane dotyczące aktualnego małżeństwa osoby ubezpieczonej (jeśli brak, proszę wpisać „nie ma”):

Imię i nazwisko małżonka: _____

Nazwisko rodowe: _____

Data urodzenia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____

a) jeśli USA - numer paszportu USA: _____

paszport wydany dnia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

b) jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: _____

data wydania karty stałego rezydenta: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

Data zawarcia małżeństwa: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
Miejsce zawarcia małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____
Numer Social Security małżonka: _____ - _____ - _____ brak

Poprzednie małżeństwo osoby ubezpieczonej (jeśli brak, proszę wpisać „nie ma”):

Imię i nazwisko małżonka: _____
Nazwisko rodowe: _____
Data urodzenia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____
Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____
Data zawarcia małżeństwa: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
Miejsce zawarcia małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____
Numer Social Security małżonka: _____ - _____ - _____ brak
Data ustania małżeństwa: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
Miejsce ustania małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____
Powód ustania małżeństwa: rozwód zgon unieważnienie
W przypadku rozwodu proszę podać dane dotyczące byłego małżonka:
 Dane nieznane adres: _____
telefon: _____

9. Czy osoba ubezpieczona jest uprawniona do otrzymywania świadczeń emerytalno-rentowych z innej instytucji niż Social Security, np. z Polski (ZUS, KRUS), także **w przyszłości**?

NIE TAK, rodzaj _____ od: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok)
 TAK, podanie o świadczenia z ZUS/KRUS jest w trakcie rozpatrywania

II. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA

(nie dotyczy podań o emeryturę za własną pracę w USA – w takim przypadku należy od razu przejść do pkt. 18)

10. Imię i nazwisko: _____
11. Numer Social Security: _____ - _____ - _____
12. Data urodzenia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
13. Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____
14. Inne używane imiona i nazwiska (np. nazwisko panięskie): _____

15. Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____

a) jeśli USA - numer paszportu USA: _____

paszport wydany dnia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

b) jeśli obywatelstwo inne niż USA, daty pobytów w USA: od _____ do _____;

od _____ do _____; od _____ do _____; od _____ do _____

c) jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: _____

data wydania karty stałego rezydenta: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

16. Stan cywilny: zameżny/a wolny rozwiedziony/a wdowiec/wdowa

Dane dotyczące aktualnego małżeństwa osoby ubiegającej się o świadczenia (jeśli brak, proszę wpisać „nie ma” i przejść do punktu 18):

Imię i nazwisko małżonka: _____

Nazwisko rodowe: _____

Data urodzenia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____

Data zawarcia małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce zawarcia małżeństwa: _____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security małżonka: ____ - ____ - ____ brak

Poprzednie małżeństwa (jeśli brak, proszę wpisać „nie ma” i przejść do punktu 18):

Imię i nazwisko małżonka: _____

Nazwisko rodowe: _____

Data urodzenia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____

Data zawarcia małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce zawarcia małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Numer Social Security małżonka: ____ - ____ - ____ brak

Data ustania małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce ustania małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Powód ustania małżeństwa: rozwód zgon unieważnienie

W przypadku rozwodu proszę podać dane dotyczące byłego małżonka:

dane nieznane adres: _____

telefon: _____

Imię i nazwisko małżonka: _____

Nazwisko rodowe: _____

Data urodzenia: _____ / _____ / _____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Kraje obywatelstwa: _____ od urodzenia naturalizacja dnia: _____

Data zawarcia małżeństwa: _____ / _____ / _____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce zawarcia małżeństwa: _____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security małżonka: _____ - _____ - _____ brak

Data ustania małżeństwa: _____ / _____ / _____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce ustania małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

Powód ustania małżeństwa: rozwód zgon unieważnienie

W przypadku rozwodu proszę podać dane dotyczące byłego małżonka:

dane nieznane adres: _____

telefon: _____

17. Praca własna lub małżonka w kraju innym niż USA, np. w Polsce, obecnie lub w przeszłości?

TAK NIE imię i nazwisko: _____ kraje: _____

18. Czy ma Pan/i dzieci do 18 roku życia lub do 19 roku życia uczące się w szkole średniej lub dzieci pozostające na całkowitym utrzymaniu z uwagi na inwalidztwo? TAK NIE

Jeśli "NIE", proszę przejść do punktu 20. Jeśli „TAK” proszę podać:

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : _____ / _____ / _____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security dziecka: _____ - _____ - _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : _____ / _____ / _____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security dziecka: _____ - _____ - _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : _____ / _____ / _____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security dziecka: _____ - _____ - _____

19. Jeśli niniejsze podanie o świadczenia jest składane w imieniu osoby nieletniej lub niezdolnej do samodzielnego rozporządzania funduszami, proszę podać imię i nazwisko opiekuna prawnego lub przedstawiciela: _____

Numer Social Security opiekuna: _____ - _____ - _____

20. W przypadku podania o rentę inwalidzką proszę podać datę ostatecznej utraty zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

21. Służba wojskowa własna lub małżonka w USA? TAK NIE

jeśli tak, imię i nazwisko: _____

służba w terminie od: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok) do: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

22. Praca własna lub małżonka na kolei w USA obecnie lub w przeszłości? TAK NIE

23. Zatrudnienie w USA lub w Polsce? w tym roku w zeszłym roku dwa lata temu

nie byłem/byłam zatrudniona w ciągu ostatnich 3 lat (w tym wypadku, proszę przejść do punktu 24)

a) jeśli tak, proszę podać nazwę i adres ostatniego pracodawcy:

zatrudnienie od: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok) do: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

trwa nadal i zakończy się dnia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

b) poprzedni pracodawca (nazwa i adres)

zatrudnienie od: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok) do: ____/____/____

c) czy jest Pan/i członkiem zarządu firmy? TAK NIE

d) zgoda na skontaktowanie się z pracodawcami? TAK NIE

e) jeśli zarabia Pan/i w dolarach USA, jakie są spodziewane zarobki w tym roku? \$ _____

24. Własna działalność gospodarcza? w tym roku w zeszłym roku dwa lata temu

nie prowadziłem/prowadziłam własnej działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 3 lat (w tym wypadku, proszę przejść do punktu 26)

jeśli tak - rodzaj działalności: _____

dochód roczny: kwota: _____ waluta: _____

w okresie: od ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok) do: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

25. Czy obecnie pracuje Pan/i w wymiarze większym niż 45 godzin w miesiącu? TAK NIE

26. Czy zarobki wykazane na zestawieniu z Social Security są prawidłowe? TAK NIE
jeśli nie, proszę wyjaśnić: nie posiadam takiego zestawienia

27. Od kiedy Pan/Pani życzy sobie otrzymywać świadczenia Social Security?

najwcześniej jak to możliwe, nawet jeśli to oznacza redukcję wysokości świadczeń

świadczenia niezredukowane, od pełnego wieku emerytalnego (patrz tabelka poniżej)

od (miesiąc/rok) ____/____ z powodu: _____

