



pieczęć wpływu do KRUS

WNIOSEK O EMERYTURĘ ROLNICZĄ/RENTĘ ROLNICZĄ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Instrukcja wypełniania:

1. Zanim wypełnisz wniosek zapoznaj się z dołączoną informacją
2. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X
4. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Wnoszę o przyznanie:

- ☐ emerytury rolniczej
- ☐ renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy
- ☐ renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy powstałej wskutek wypadku przy pracy rolniczej
- ☐ renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy powstałej wskutek rolniczej choroby zawodowej

DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko	
Imiona	
Nazwisko rodowe (wg aktu urodzenia)	
Imiona rodziców	
Stan cywilny	
Data zawarcia związku małżeńskiego	

Data urodzenia	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td></td></tr></table>			dd		–	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>mm</td><td></td></tr></table>			mm		–	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					rrrr			
dd																					
mm																					
rrrr																					

PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Podaj jeżeli nie masz numeru PESEL	

Numer telefonu/adres poczty elektronicznej	
(podaj nr telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie)	

Adres zamieszkania:

ulica	nr domu	nr lokalu	miescowosc	kod pocztowy	poczta

Adres do korespondencji (wypełnij, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania):

ulica	nr domu	nr lokalu	miescowosc	kod pocztowy	poczta

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce (wypełnij, jeśli mieszkasz poza granicami Polski):

ulica	nr domu	nr lokalu	miescowosc	kod pocztowy	poczta

Kraj pobytu (podaj, jeżeli Twój adres jest inny niż polski)

--

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:1. ☐ Jestem właścicielem(ką) gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Jestem współwłaścicielem(ką) gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Jestem posiadaczem(ką) gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Jestem dzierżawcą gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

2. ☐ Prowadzę dział specjalny produkcji rolnej3. **Zaprzestałem(am) prowadzenia działalności rolniczej:**☐
TAK☐
NIEJeżeli tak, podaj dokument
potwierdzający fakt zaprzestania
prowadzenia działalności rolniczej

--

4. ☐ Jestem domownikiem w gospodarstwie rolnym☐ Byłem(am) domownikiem w gospodarstwie rolnym

5. ☐ Zgłaszałem(am) inny wniosek o przyznanie świadczenia ☐ Mam ustalone prawo do świadczenia ☐ Nie dotyczy

Wskaż rodzaj świadczenia:

- ☐ emerytura ☐ renta z tytułu niezdolności do pracy ☐ renta rodzinna
☐ rodzicielskie świadczenie uzupełniające ☐ świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji

Wskaż organ rentowy:

- ☐ KRUS ☐ Wojskowe Biuro Emerytalne ☐ Biuro Emerytalne Służby Więziennej
☐ ZUS ☐ Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiF ☐ jednostka organizacyjna wymiaru sprawiedliwości

Podaj adres organu rentowego i datę złożenia wniosku (w przypadku, gdy oczekujesz na decyzję w sprawie) lub adres organu rentowego oraz symbol i nr świadczenia (w przypadku, gdy posiadasz prawo do świadczenia)

6. ☐ Po przyznaniu świadczenia zamierzam osiągać przychody (w tym także za granicą) z tytułu zatrudnienia, służby lub innej pracy zarobkowej albo prowadzenia pozarolniczej działalności w wysokości:
- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| ☐ nie powodującej zawieszenia lub zmniejszenia części uzupełniającej świadczenia | ☐ powodującej zmniejszenie części uzupełniającej świadczenia | ☐ powodującej zawieszenie części uzupełniającej świadczenia | ☐ nie dotyczy |
|---|---|--|--------------------------------------|

Nie wypełniaj, jeśli osiągnąłeś powszechny wiek emerytalny i nie jesteś uprawniony/nie ubiegasz się o rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy powstałej wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

7. Posiadam okresy ubezpieczenia/zamieszkania za granicą w państwach członkowskich UE/EFTA :
(skutki niepodania informacji o okresach ubezpieczenia/zamieszkania za granicą KRUS wyjaśniła w punkcie 7 Informacji)

☐
TAK

☐
NIE

8. Jestem kombatantem, wdową po kombatancie (jeżeli TAK, dołącz odpis legitymacji):

☐
TAK

☐
NIE

9. Posiadam ustalony stopień niepełnosprawności:

☐
TAK

☐
NIE

Jeżeli TAK - podaj stopień tej niepełnosprawności

10. Jestem/byłem członkiem otwartego funduszu emerytalnego (OFE):

☐
TAK

☐
NIE

11. Pobieram zasiłek z pomocy społecznej

☐ pielęgnacyjny ☐ stały ☐ okresowy ☐ inny ☐ nie dotyczy

Podaj nazwę i adres instytucji wypłacającej świadczenie

12. Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli TAK, do wniosku dołącz formularz Zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodziny

13. Proszę o przekazywanie mojego świadczenia na podany we wniosku:

adres zamieszkania adres do korespondencji na rachunek bankowy w Polsce

Numer rachunku:

Imię i nazwisko właściciela
rachunku

--

Międzynarodowy numer
rachunku bankowego

--

Jeśli ubiegasz się o emeryturę/rentę zagraniczną lub posiadasz rachunek bankowy prowadzony za granicą, podaj pełny numer rachunku w standardzie IBAN (Międzynarodowy Numer Rachunku Bankowego), jeżeli jest on stosowany przez dane państwo.

Międzynarodowy
identyfikator banku w
formacie BIC/SWIFT

--	--

Wypełnij w przypadku ubiegania się o emeryturę/rentę zagraniczną lub w przypadku rachunku bankowego prowadzonego za granicą.

DANE MAŁŻONKA WNIOSKODAWCY:

Nazwisko

--

Imiona

--

Nazwisko rodowe (wg aktu urodzenia)

--

Data urodzenia

--	--

Adres zamieszkania

--	--

 miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, poczta

1. ☐ Jest właścicielem(ką) gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Jest współwłaścicielem(ką) gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Jest posiadaczem(ką) gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Jest dzierżawcą gospodarstwa rolnego o powierzchni

ha fizyczne

ha przeliczeniowe

☐ Prowadzi dział specjalny produkcji rolnej

☐ Nie dotyczy

2. ☐ Podlega innemu ubezpieczeniu społecznemu

☐ Ma ustalone prawo do emerytury/renty

Podaj z jakiego tytułu małżonek(ka) podlega innemu ubezpieczeniu społecznemu /nazwę instytucji wypłacającej świadczenie emerytalno-rentowe, symbol i nr świadczenia

Załączniki:

Załączam

dokumentów

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem(am) zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich KRUS.

miejsowość

data:dd/mm/rrrr

własnoręczny czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub pełnomocnika

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w Centrali lub jednostkach organizacyjnych KRUS lub na stronie internetowej KRUS pod adresem:
<https://www.krus.gov.pl/bip/przetwarzanie-danych-osobowych-rodo/>.