

WNIOSEK O RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data sporządzenia wniosku
przez płatnika składek

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez płatnika składek

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli starasz się o:

- rentę z tytułu niezdolności do pracy z ZUS,
- rentę inwalidzką z zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej.

Jeżeli starasz się wyłącznie o zagraniczną rentę inwalidzką z państwa, z którym Polska zawarła umowę dwustronną o zabezpieczeniu społecznym – wypełnij tylko formularz wniosku odpowiedni dla państwa, w którym byłeś ubezpieczony (np. WZO-PL-1 dla USA, PL-UA 7 dla Ukrainy, PL-CAN 1 (DI) dla Kanady).

Twój wniosek prześlemy do zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej, która ustali Twoje prawo do renty.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane wnioskodawcy

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

--

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podaj, jeśli Twoim identyfikatorem podatkowym jest NIP

Imię

--

Nazwisko

--

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Płeć
(K-kobieta/ M-mężczyzna)

▼

Nazwisko rodowe
(zgodne z aktem urodzenia)

--

Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię oraz weryfikację dołączonych dokumentów. To pole jest dobrowolne

Poprzednio używane nazwiska

--

Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię oraz weryfikację dołączonych dokumentów. To pole jest dobrowolne

Imię ojca

--

Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię oraz weryfikację dołączonych dokumentów. To pole jest dobrowolne

Numer telefonu

--

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

**Adres zameldowania na pobyt stały w Polsce/ adres ostatniego zameldowania na pobyt stały w Polsce/
adres miejsca pobytu w Polsce**

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina/ dzielnica			

Aktualny adres zamieszkania

Podaj, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały w Polsce

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Zakres wniosku**1. Wnoszę o przyznanie:**

- ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy
- ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy – w związku z wypadkiem przy pracy (wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, który miał miejsce przed 1 stycznia 2003 r.)
- ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy – w związku z wypadkiem w szczególnych okolicznościach
- ☐ renty z tytułu niezdolności do pracy – w związku z chorobą zawodową
- ☐ renty inwalidy wojennego
- ☐ renty inwalidy wojskowego
- ☐ renty osoby represjonowanej

2. Do obliczenia renty proszę przyjąć – wybierz jeden z wariantów:

Nie wypełniaj, jeśli wnioskujesz o rentę inwalidy wojennego, wojskowego albo osoby represjonowanej, ponieważ wysokość tych świadczeń stanowi kwota ryczałtowa, która nie jest obliczana od zarobków

- ☐ zarobki pozwalające na ustalenie najkorzystniejszej kwoty świadczenia (zaznacz ten wariant, jeżeli nie wiesz, który z niżej podanych sposobów obliczenia podstawy wymiaru renty wybrać)
- ☐ zarobki z 10 kolejnych lat kalendarzowych – wybranych z ostatnich 20 lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok, w którym złożyłem wniosek,

od roku

rrrr

do roku

rrrr

- ☐ zarobki z dowolnych 20 lat kalendarzowych wybranych z całego mojego stażu pracy, przypadających przed rokiem, w którym złożyłem wniosek, tj. z lat:

- ☐ zarobki z faktycznego okresu podlegania ubezpieczeniu

od roku

rrrr

do roku

rrrr

Oświadczenia wnioskodawcy

1. ☐ Ubiegam się o świadczenie i aktualnie oczekuję na załatwienie sprawy ☐ Pobieram świadczenie ☐ Nie dotyczy

Wybierz rodzaj świadczenia:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ zasiłek chorobowy | ☐ wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy | ☐ zasiłek z pomocy społecznej |
| ☐ zasiłek opiekuńczy | ☐ zasiłek dla bezrobotnych | |
| ☐ świadczenie rehabilitacyjne | ☐ świadczenie pieniężne z powiatowego urzędu pracy | |

Podaj nazwę instytucji (zakładu) oraz jej adres

Oświadczenia wnioskodawcy – cd.

2. ☐ Złożyłem również inny wniosek o świadczenie i aktualnie oczekuję na decyzję w tej sprawie ☐ Mam przyznane świadczenie ☐ Nie dotyczy

Wybierz rodzaj świadczenia:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ emerytura | ☐ świadczenie przedemerytalne | ☐ renta rodzinna |
| ☐ emerytura pomostowa | ☐ renta z tytułu niezdolności do pracy | ☐ renta socjalna |
| ☐ emerytura częściowa | ☐ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | ☐ uposażenie |
| ☐ rodzicielskie świadczenie uzupełniające | ☐ świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji | ☐ renta inwalidzka |

Wybierz instytucję:

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

Podaj adres instytucji oraz numer sprawy – jeśli jest Ci znany

3. Pobieram: ☐ Nie dotyczy

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ świadczenie pieniężne przysługujące osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i ZSRR | | |
| ☐ świadczenie w wysokości dodatku kombatanckiego | | |
| ☐ świadczenie pieniężne przysługujące żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu lub batalionach budowlanych | | |
| ☐ świadczenie pieniężne przysługujące cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych | | |
| ☐ ryczałt energetyczny | ☐ dodatek kompensacyjny | ☐ ekwiwalent węglowy |

Podaj jednostkę ZUS, która wypłaca świadczenie, oraz numer sprawy

4. Pobieram świadczenie pielęgnacyjne:

- ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli TAK, podaj nazwę oraz adres organu, który wypłaca świadczenie pielęgnacyjne

5. Pobieram rentę szkoleniową i odbyłem szkolenie (kurs) zorganizowane przez powiatowy urząd pracy:

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli TAK, podaj nazwę szkolenia (kursu) oraz okres jego trwania

6. Byłem badany przez komisję lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia przed 1 września 1997 r. albo przez lekarza orzecznika ZUS po 31 sierpnia 1997 r.:

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli TAK, podaj placówkę ZUS i numer sprawy

7. Odbyłem rehabilitację leczniczą (dotyczy tylko skierowań na wczesną rehabilitację leczniczą, wydanych w ramach systemu prewencji rentowej ZUS) w okresie:

od

dd	/	mm	/	rrrr			

do

dd	/	mm	/	rrrr			

☐

Nie dotyczy

Podaj placówkę ZUS, która skierowała Cię na rehabilitację, oraz nazwę ośrodka, w którym przeprowadzono rehabilitację

8. Po przyznaniu renty:

☐

zamierzam osiągać przychody (w Polsce lub za granicą), w wysokości, która:

☐

nie powoduje zawieszenia lub zmniejszenia świadczenia

☐

powoduje zmniejszenie świadczenia

☐

powoduje zawieszenie świadczenia

☐

nie zamierzam osiągać przychodów.

9. Mam okresy ubezpieczenia/ zamieszkania w państwach UE/ EFTA, w Wielkiej Brytanii albo w państwach, z którymi Polska zawarła umowy dwustronne o zabezpieczeniu społecznym:

☐

TAK

☐

NIE

Ważne! Jeśli nie wskażesz okresów ubezpieczenia/ zamieszkania w państwach członkowskich UE/ EFTA albo w Wielkiej Brytanii, nie zostanie rozpoczęte postępowanie o rentę zagraniczną, a data zgłoszenia tego wniosku w ZUS nie będzie uznana za datę zgłoszenia wniosku o świadczenie zagraniczne.

Jeśli masz okresy ubezpieczenia lub zamieszkania w państwach UE/ EFTA albo w Wielkiej Brytanii, to wypełnij dodatkowo formularz E 207 PL.

Jeżeli starasz się również o rentę inwalidzką z zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej za okresy ubezpieczenia lub zamieszkania:

- w państwach UE/ EFTA albo w Wielkiej Brytanii – dodatkowo wypełnij *Załącznik do wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy dla osób, które ubiegają się o rentę inwalidzką z zagranicznej instytucji państw UE/ EFTA* – (załącznik ERZ),
- w państwach, z którymi Polska zawarła umowy dwustronne o zabezpieczeniu społecznym, dodatkowo wypełnij formularz wniosku odpowiedni dla państwa, w którym byłeś ubezpieczony (np. WZO-PL-1 dla USA, PL-UA 7 dla Ukrainy, PL-CAN 1 (DI) dla Kanady).

