USA/PL 11

CONSENT STATEMENT
WYRAŻENIE ZGODY

U.S. SOCIAL SECURITY NUMBER ON WHICH CLAIM IS FILED:
Numer ubezpieczenia (SSN) w USA, którego dotyczy wniosek:

__ __ __ /__ __ /__ __ __ __

Polish ID Number
Numer identyfikacyjny w Polsce

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Reference number in Poland
Numer sprawy w Polsce

_____

I authorize the U.S Social Security Administration to furnish to the
Upoważniam Social Security Administation Stanów Zjednoczonych do przekazania do

_____

all the information and evidence in its possession which relates or could relate to my rights under the Polish Social Security system. This consent is valid for 3 years from the date of my signature.
wszelkich informacji i dokumentów posiadanych przez SSA, które dotyczą lub mogą dotyczyć moich praw w polskim systemie zabezpieczenia społecznego. Zgoda ta jest ważna przez 3 lata od daty złożenia przeze mnie podpisu.

I understand that I may withdraw my consent to release information at any time by writing to the U.S. Social Security Administration.
Wiem, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na przekazywanie informacji, pisemnie zwracając się w tej sprawie do Social Security Administation w USA.

Signature _____ Date _____
Podpis *Data*

Address _____
Adres

_____