

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami i zwrócić pod niżej wskazany adres jednostki ZUS:

W terminie:

Моля, попълнете този формуляр с печатни букви и върнете на посочения по-долу адрес на съответното ZUS-отделение:

За срок от:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział ZUS w

Adres

Adres

Numer świadczenia

Pan(i)
Imię i nazwisko
Adres
Adres
Adres

**OŚWIADCZENIE EMERYTA / RENCISTY ZAMIESZKAŁEGO ZA GRANICĄ
O ISTNIENIU DALSZEGO PRAWA DO POBIERANIA ŚWIADCZENIA**

/ ДЕКЛАРАЦИЯ НА ПЕНСИОНЕРА / ОТНОСНО ПРАВОТО НА ПОЛУЧАВАНЕ НА ПЕНСИИТЕ НА
ПЕНСИОНЕРИ, ЖИВЕЕЦИ В ЧУЖБИНА /

I. DANE IDENTYFIKACYJNE EMERYTA/RENCISTY / ИДЕНТИФИКАЦИОННИ ДАННИ НА ПЕНСИОНЕРА /

01. Imię i Nazwisko / Име и фамилия

02. Imię ojca / Бащино име

03. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / Дата на раждане (д/м/г)

II. ADRES ZAMIESZKANIA (państwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/lokalu itp.)

/ Адрес по местоживеење (държава, пощенски код, град/село, улица, номер на сграда / апартамент и т.н.) /

III. Oświadczenie / Декларация/

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że nie wystąpiły okoliczności uzasadniające ustanie prawa do świadczenia z ZUS:

/ Потвърждавам със собствен си подпис, че няма обстоятелства, обосноваващи прекратяване на правото на ползване на социалната осигуровка от ZUS: /

Data złożenia podpisu (dd/mm/rrrr)

Дата на подписването (д/м/г)

Podpis emeryta lub rencisty albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad emerytem/rencistą
Подпис на пенсионера или на упълномощено лице, което в действителност упражнява опека над пенсионера

Ważne: Własnoręczność złożonego podpisu musi zostać poświadczona w punkcie IV przez upoważnioną instytucję/osobę (patrz pkt 3 Poleczenia).

Важно: Собственоръчността на сложения подпис трябва да бъде сертифицирана в т. IV от упълномощена институция / лице (вж т. 3 от Инструкцията долу).

IV. Wypełnia instytucja/osoba upoważniona do dokonywania poświadczenia podpisu (patrz pkt 3 Poleczenia)

/ Попълва се от институцията/лицето, упълномощени да сертифицират подписването (виж т. 3 от Инструкцията долу) /

Potwierdzam, własnoręczność podpisu złożonego w punkcie III formularza:

/ Потвърждавам собственоръчно подписа, сложен в т. III на формуляра: /

Miejscowość / Място /

Data: dd/mm/rrrr / Дата (д/м/г) /

Podpis i stempel / Подпис и печат /

**POUCZENIE
/ ИНСТРУКЦИЯ /**

1. Na podstawie art. 101 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.), **prawo do świadczeń ustaje:**
- 1) gdy ustanie którykolwiek z warunków wymaganych do uzyskania tego prawa,
 - 2) **ze śmiercią osoby uprawnionej.**

*На основание чл. 101 от Закона за пенсиите от Фонд „Социално осигуряване“ от 17.12.1998 г. (Държавен вестник от 2013 г. поз. 1440, както и измененията) **правото на пенсия се прекратява:***

- 1) *когато е нарушено някое от условията, необходими за получаване на това право,*
 - 2) **при смърт на правимащото лице.**
2. Zgodnie z art. 128 ww. ustawy na żądanie organu rentowego emeryt lub rencista jest zobowiązany do potwierdzania własnoręcznym podpisem istnienia dalszego prawa do pobierania świadczeń określonych ustawą. W razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających lub utrudniających emerytowi lub renciście złożenie tego podpisu, istnienie dalszego prawa do pobierania świadczeń przez tego emeryta lub rencistę może potwierdzić własnoręcznym podpisem upoważniona osoba sprawująca faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą. W tym celu należy **wypełnić i własnoręcznie podpisać** niniejszy formularz, a jeżeli nie jest to możliwe powinna go wypełnić i podpisać osoba sprawująca faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą.

Powyższy przepis ma również zastosowanie do osób uprawnionych do świadczenia/zasiłku przedemerytalnego lub innych wypłacanych świadczeń pieniężnych.

*В съответствие с чл. 128 на горепосочения Закон изискването на пенсионера е необходимо да се потвърди с негов собственоръчен подпис, потвърждаващ правото на обезщетения, посочени в закона. Ако обстоятелствата не позволяват или възпрепятстват пенсионера сам да подпише този документ, потвърждаващ правото му на обезщетения, документът може да бъде подписан от лицето, което в действителност упражнява опека над пенсионера. За да направите това, вие трябва **да попълните и подпишете собственоръчно този формуляр, и ако това не е възможно, той трябва да бъде попълнен и подписан от лицето, което в действителност упражнява опеката над пенсионера.***

Тази разпоредба се отнася и за лицата, които имат право на обезщетения/обезщетения при пенсиониране или други обезщетения, изплатени в брой.

3. **Własnoręczność podpisu osób zamieszkałych za granicą powinna zostać poświadczona przez:**
- właściwy urząd lub osobę do tego upoważnioną w państwie zamieszkania emeryta/rencisty/upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą, albo przez,
 - osobę upoważnioną w polskiej placówce dyplomatycznej lub konsularnej.

Собствеността на подписа на лицата, пребиваващи в чужбина, трябва да се удостоверява чрез:

- Компетентния орган или упълномощено от държавата по пребиваване на пенсионера упълномощено лице, което всъщност упражнява опеката над пенсионера, или от,
 - Лице, лицензирано в полската дипломатическа или консулска служба.
4. Niniejszy formularz organ rentowy przekazuje emerytom i rencistom zamieszkałym za granicą zwykle raz w każdym roku kalendarzowym. Po wypełnieniu, podpisaniu i potwierdzeniu własnoręczności złożonego podpisu, formularz ten należy przekazać do organu rentowego, który wypłaca świadczenia, w terminie określonym na pierwszej stronie formularza.
- Tози формуляр се изпраща от пенсионният орган (пенсионната служба) на пенсионерите, живеещи в чужбина, еднократно за всяка календарна година. Попълнен, подписан и с потвържение за истинността на подписа, формулярът трябва да бъде предоставен на пенсионните органи, които изплащат обезщетенията в рамките на определеното време, отбелязано на първата страница на формуляра.*

5. W przypadku nieprzedłożenia podpisanego oświadczenia - stosownie do art. 134 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy – wypłatę świadczeń, zgodnie z art. 134 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy, wstrzymuje od miesiąca, w którym organ rentowy wydał decyzję o wstrzymaniu wypłaty albo od następnego miesiąca, jeżeli wcześniejsze wstrzymanie wypłaty nie było możliwe.

В случай на непредставяне на декларация, подписана в съответствие с чл. 134 ал. 1, т. 2 на горепосочения Закон, изплащането на обезщетения в съответствие с чл. 134 ал. 2, т. 2 на горепосочения Закон, ще се задържи плащането на пенсията от месеца, в който е взето решението за отказ от плащане или от следващия месец, когато по-ранното спиране на плащането не е било възможно.

6. Zgodnie z art. 135 ust. 1 ww. ustawy - w razie ustania przyczyny powodującej wstrzymanie wypłaty świadczenia, wypłatę wznowia się od miesiąca ustania tej przyczyny, jednak nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano z urzędu decyzję o jej wznowieniu.

В съответствие с чл. 135, § 1 от цитирания по-горе Закон, в случай на отстраняване на причините, предизвикали спирането на плащането, плащането се възобновява от месеца на прекратяване на делото, но не по-рано от месеца, в който молбата за възобновяване на плащанията е издадена от службата, която позволява плащането да се възобнови.

7. W razie zmiany danych, np. zmiany numeru rachunku bankowego lub adresu, należy przekazać te informacje niezwłocznie do jednostki ZUS.

В случай, че промените данните, например промяна на номера на банковата Ви сметка или адреса Ви, моля, незабавно сведете тази информация до съответното ZUS-отделение.