

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

W terminie:

Az űrlapot k rj k nyomtatott bet kkel kit ltetni,  s visszak ldeni a ZUS egys g nek az al bbiakban megadott c mre:

Bek ld si hat rid :

Zak lad Ubezpiecze n Społecznych
Oddział ZUS w

Adres

Adres

Numer  wiadczenia

Pan(i)
Imię i nazwisko
Adres
Adres
Adres
Adres

**OŚWIADCZENIE EMERYTA / RENCISTY ZAMIESZKAŁEGO ZA GRANICĄ
O ISTNIENIU DALSZEGO PRAWA DO POBIERANIA ŚWIADCZENIA**
/ K LF LD N LAK  NYUGD JAS / JÁRADÉKOS NYILATKOZATA
ARRÓL, HOGY A SZOLG LTAT S V TEL RE TOVÁBBRA IS JOGOSULT /

I. DANE IDENTYFIKACYJNE EMERYTA/RENCISTY / A NYUGD JAS / JÁRADÉKOS AZONOS T  ADATAI /

01. Imię i Nazwisko / Ut n v  s Csal di n v /

02. Imię ojca / Apja ut neve

03. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / Sz let si d tum (nn/hh/    )

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

/ LAK HELY C ME (ország, postai ir ny t sz m, helys g, utca, h zsz m, ajt , stb.) /

III. Oświadczenie / Nyilatkozat /

Potwierdzam w snor cznym podpisem, że nie wystąpiły okoliczności uzasadniające ustanie prawa do świadczenia z ZUS:

/Saj tkez  al  r sossal igazolom, hogy nem léptek fel olyan k r lme nyek, amelyek a ZUS-b l kapott szolgáltatás jogának megszűnését okozn k:/

Data z wienia podpisu (dd/mm/rrrr)

/ Aláírás dátuma (nn/hh/    ) /

Podpis emeryta lub rencisty albo upowa nionej osoby sprawuj cej faktyczn  opiek  nad emerytem/rencist 
/A nyugdíjas vagy járadékos vagy a nyugdíjas/járadékos felett tényleges fel gyletetet gyakorló jogosult személy
aláírása/

W azne: W snor czno c z wonego podpisu musi zosta  po wiadczona w punkcie IV przez upowa zion  instytucj /osob  (patrz pkt 3 Pouce nia).

Fontos: Az aláírás megtételének saj tkez s g t a IV. pontban igazolnia kell egy feljogositott intézménynek/személynek (lásd a Tudnivalók 3. pontját)

IV. Wype nia instytucja/osoba upowa niona do dokonywania po wiadczenia podpisu (patrz pkt 3 Pouce nia)

/ A megtett al  r s hiteless g nek igazol s ra jogosult intézmény/személy t lti ki (l sd a Tudnivalók 3. pontj t) /

Potwierdzam, w snor czno c podpisu z wonego w punkcie III formularza:

/ Igazolom az űrlap III. pontj ban tett al  r s saj tkez s g t: /

Miejscowo c / Helys g /

Data: dd/mm/rrrr / Dátum (nn/hh/    ) /

Podpis i stempel / Al  r s  s pecs t /

POUCZENIE
/ TUDNIVALÓK /

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.**

A Társadalombiztosítási Alapból járó nyugdíjakról és járadékokról szóló 1998.12.17-i törvény (Lengyel Közlöny 2013. évi 1440. tétele, módosításokkal) 101. cikke alapján a juttatásra való jog megszűnik:

- 1) *ha megszűnik az ehhez a joghoz megkövetelt bármelyik feltétel,*
- 2) **a jogosult személy halálával.**

2. Zgodnie z art. 128 ww. ustawy na żądanie organu rentowego emeryt lub rencista jest zobowiązany do potwierdzenia 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.

*A fent nevezett törvény 128. cikkének megfelelően, a nyugdíjfosztó szerv kívánságára a nyugdíjas vagy járadékos sajátkezü aláírásával köteles igazolni, hogy továbbra is jogosult a törvény által meghatározott juttatás élvezésére. Olyan körülmények felferülése esetén, amelyek a nyugdíjasnak vagy járadékosnak lehetetlenné vagy nehézkesé teszik az ilyen aláírás megtételét, a juttatások élvezésének további jogosultságát sajátkezü aláírással igazolhatja a felette tényleges felügyeletet gyakorló jogosult személy. Ebből a célból **ki kell tölteni és sajátkezü aláírással** ellátni ezt az űrlapot, és ha ez nem lehetséges, akkor azt a nyugdíjas vagy járadékos felett tényleges felügyeletet gyakorló személynek kell kitöltenie és aláírnia.*

A fenti előírás alkalmazandó a korábbi nyugdíjra/segélyre, vagy egyéb pénzbeli juttatásokra jogosult személyek esetében is.

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.

A külföldön lakó személyek aláírásának sajátkezüségét a következő intézménynek/személynek kell igazolnia:

- *a nyugdíjas vagy járadékos lakóhelye szerinti államban erre feljogosított illetékes hatóság, vagy a felette tényleges felügyeletet ellátó feljogosított személy, vagy pedig,*
- *a lengyel diplomáciai vagy konzuli képviselőben erre feljogosított személy.*

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.

Ezt az űrlapot a nyugdíjfosztó szerv általában naptári évenként egyszer juttatja el a külföldön élő nyugdíjasoknak és járadékosoknak. Annak kitöltése, aláírása és a tett aláírás sajátkezüségének igazolása után ezt az űrlapot el kell juttatni annak a nyugdíjfosztó szervnek, amely a juttatást fizeti, az űrlap első oldalán meghatározott határidőn belül.

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 się od miesiąca, w którym organ rentowy wydał decyzję o wstrzymaniu wypłaty albo od następnego miesiąca, jeżeli wcześniejsze wstrzymanie wypłaty nie było możliwe.

Olyan esetben, ha az aláírt nyilatkozat nem lett benyújtva, akkor – a fent jelzett törvény 134. cikk 1. bekezdés 2 pontjának megfelelően – a juttatás kifizetései, a fenti törvény 134. cikk 2. bekezdés 2 pontja szerint, vissza lesznek tartva attól a hónaptól kezdve, amelyben a nyugdíjfosztó szerv döntést hozott a kifizetések visszatartásáról, vagy a következő hónaptól, ha a kifizetés visszatartása korábban lehetetlen volt.

6. Zgodnie z art. 135 ust. 1 ww. ustawy - w razie ustania przyczyny powodującej wstrzymanie wypłaty świadczenia, wypłatę wznawia 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.

A fent jelzett törvény 135. cikk 1. bekezdésének megfelelően – olyan esetben, ha megszűnik a juttatás fizetésének visszatartásához vezető ok, a kifizetések megújítandók ezen ok megszűnésének hónapjától kezdve, azonban nem korábban, mint attól a hónaptól, amelyben kérvény lett benyújtva a kifizetések megújítására, vagy hivatalból döntés lett hozva annak megújításáról.

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

Változások bekövetkezése esetén, pl. a bankszámla számának vagy a lakcímnak változása, ezeket az információkat haladéktalanul meg kell adni a ZUS egységének.