

WNIOSEK O RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data sporządzenia wniosku
przez płatnika składek

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

dd / mm / rrrr

Pieczeń 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

--

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

NIP

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

Podaj, jeśli Twoim identyfikatorem podatkowym jest NIP

Imię

--

Nazwisko

--

Data urodzenia

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

dd / mm / rrrr

Płeć

(K-kobieta/ M-mężczyzna)

<input type="checkbox"/>

Nazwisko rodowe
(zgodne z aktem urodzenia)

--

Poprzednio używane nazwiska

--

Imię ojca

--

Imię matki

--

Numer telefonu

--

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

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

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>		
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		

Aktualny adres zamieszkania

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

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>		
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>		
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

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 – 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 i 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 do roku

rrrr 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 do roku

rrrr rrrr

Oświadczenia wnioskodawcy

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

Wybierz rodzaj świadczenia:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy | <input type="checkbox"/> wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> zasiłek z opieki społecznej |
| <input type="checkbox"/> zasiłek opiekuńczy | <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | |
| <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne | <input type="checkbox"/> 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> emerytura | <input type="checkbox"/> świadczenie przedemerytalne | <input type="checkbox"/> renta rodzinna |
| <input type="checkbox"/> emerytura pomostowa | <input type="checkbox"/> renta z tytułu niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> renta socjalna |
| <input type="checkbox"/> emerytura częściowa | <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | <input type="checkbox"/> uposażenie |
| <input type="checkbox"/> rodzicielskie świadczenie uzupełniające | <input type="checkbox"/> świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> renta inwalidzka |

Wybierz instytucję:

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZUS | <input type="checkbox"/> Wojskowe Biuro Emerytalne | <input type="checkbox"/> jednostka organizacyjna wymiaru sprawiedliwości |
| <input type="checkbox"/> KRUS | <input type="checkbox"/> Biuro Emerytalne Służby Więziennej | <input type="checkbox"/> Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiA |

Podaj adres instytucji oraz numer sprawy – jeśli jest Ci znany

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

- TAK NIE

Jeżeli TAK, podaj rodzaj świadczenia i numer sprawy oraz jednostkę ZUS, która wypłaca świadczenie

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

- TAK NIE

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

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

- TAK NIE

Jeżeli TAK, podaj placówkę ZUS i numer sprawy

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

- od do Nie dotyczy
- dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

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

