

**WNIOSEK****O PONOWNE USTALENIE PRAWA DO RENTY Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY****Instrukcja wypełniania**

Wypełnij ten wniosek, jeżeli starasz się o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Do wniosku dołącz zaświadczenie o stanie zdrowia, które lekarz może wystawić na formularzu OL-9 „Zaświadczenie o stanie zdrowia” oraz ewentualnie posiadaną dokumentację leczniczą. Zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia tego wniosku.

**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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

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

## Dane dotyczące świadczenia

Podaj numer świadczenia oraz jednostkę ZUS, która wypłaca/ wypłacała świadczenie

## Zakres wniosku

Wnoszę o ponowne ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

## Oświadczenie wnioskodawcy

1. Pracuję  TAK  NIE

Jeśli TAK, podaj rodzaj wykonywanej pracy, wykonywany zawód lub wykonywane czynności oraz nazwę aktualnego pracodawcy

2. Dotychczasowe leczenie:

Podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia, w której jesteś (byłeś) leczony

3. Pobieram świadczenie pielęgnacyjne  TAK  NIE

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

## Załączniki

zaświadczenie o stanie zdrowia  dokumentacja lecznicza

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.**

Data  /  /   
dd / mm / rrrr

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>