

WNIOSEK O RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data sporządzenia wniosku
przez płatnika składek

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

dd / mm / rrrr

.....
Pieczęć 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

--

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

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)

--

Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię oraz weryfikację dołączonych dokumentów. To pole jest dobrowolne

Poprzednio używane nazwiska

--

Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię oraz weryfikację dołączonych dokumentów. To pole jest dobrowolne

Imię ojca

--

Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię oraz weryfikację dołączonych dokumentów. To pole jest dobrowolne

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	<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

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: Nie dotyczy

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

Podaj jednostkę ZUS, która wypłaca świadczenie, oraz numer sprawy

4. Pobieram świadczenie pielęgnacyjne:

- TAK NIE

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

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

TAK NIE

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

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

TAK NIE

Jeżeli TAK, podaj placówkę ZUS i numer sprawy

7. 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

8. Po przyznaniu renty:

zamierzam osiągać przychody (w Polsce lub za granicą), w wysokości, która:

nie powoduje zawieszenia lub zmniejszenia świadczenia powoduje zmniejszenie świadczenia powoduje zawieszenie świadczenia

nie zamierzam osiągać przychodów.

9. Mam okresy ubezpieczenia/ zamieszkania w państwach UE/ EFTA, w Wielkiej Brytanii albo w państwach, z którymi Polska zawarła umowy dwustronne o zabezpieczeniu społecznym:

TAK NIE

Ważne! Jeśli nie wskażesz okresów ubezpieczenia/ zamieszkania w państwach członkowskich UE/ EFTA albo w Wielkiej Brytanii, nie zostanie rozpoczęte postępowanie o rentę zagraniczną, a data zgłoszenia tego wniosku w ZUS nie będzie uznana za datę zgłoszenia wniosku o świadczenie zagraniczne.

Jeśli masz okresy ubezpieczenia lub zamieszkania w państwach UE/ EFTA albo w Wielkiej Brytanii, to wypełnij dodatkowo formularz E 207 PL.

Jeżeli starasz się również o rentę inwalidzką z zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej za okresy ubezpieczenia lub zamieszkania:

- w państwach UE/ EFTA albo w Wielkiej Brytanii – dodatkowo wypełnij *Załącznik do wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy dla osób, które ubiegają się o rentę inwalidzką z zagranicznej instytucji państw UE/ EFTA* – (załącznik ERZ),
- w państwach, z którymi Polska zawarła umowy dwustronne o zabezpieczeniu społecznym, dodatkowo wypełnij 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).

