

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

--

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)

--

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

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 lub 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, która 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 pomocy 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: 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).

10. Rentę proszę przekazywać:

w Polsce na rachunek bankowy

Podaj numer rachunku, którego jesteś właścicielem lub współwłaścicielem, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę renty na ten rachunek

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

Jeśli chcesz, aby zagraniczna renta inwalidzka z instytucji ubezpieczeniowej państwa UE/ EFTA albo z Wielkiej Brytanii była wypłacana na Twój rachunek bankowy w Polsce, to na stronie 1 załącznika ERZ podaj numer rachunku bankowego w Polsce w standardzie IBAN.

na adres w Polsce:

Wybierz adres, na który ma być przekazywana renta

zameldowania na pobyt stały

zamieszkania

do korespondencji

Załączniki

Załączam dokumentów

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)

pocztą na adres do korespondencji wskazany we wniosku

na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

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>