

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji

Na podstawie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji **wnoszę o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla**

KR

_____ (nazwisko i imię wnioskodawcy)

_____ (proszę podać nr świadczenia policyjnego)

A. ADNOTACJE URZĘDOWE (wypełnia organ emerytalny)				
Wniosek do organu emerytalnego wpłynął dnia _____				
(pieczętka służbowa i podpis)				
Został zarejestrowany po numerem _____				
B. DANE WNIOSKODAWCY – emeryta/rencisty/osoby uprawnionej do renty rodzinnej^{*)}				
B.1. DANE PERSONALNE				
Nazwisko		Pierwsze imię		
Data urodzenia		Numer PESEL		
Imię ojca		Imię matki		
Rodzaj dowodu stwierdzającego tożsamość		Seria i numer dowodu stwierdzającego tożsamość		
Obywatelstwo		Telefon kontaktowy		
B.2. ADRES ZAMIESZKANIA				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina		Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
B.2. ADRES MIEJSCA POBYTU (proszę podać, jeżeli Pan/Pani nie posiada miejsca zamieszkania)				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina		Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
B.2. ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina		Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	

^{*)} niepotrzebne skreślić

^{**)} właściwe pole wyboru zaznaczyć znakiem X

C. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY - UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE I WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO DLA OSOBY NIEZDOLNEJ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI:	
C.1	<p>Czy poza policyjną emeryturą/rentą inwalidzką/rentą rodzinną wypłacaną przez ZER MSWiA pobiera Pan/Pani inne świadczenia pieniężne finansowane ze środków publicznych, o charakterze innym niż jednorazowe? Jeżeli tak, to proszę podać:</p> <p>1. rodzaj pobieranego świadczenia _____ – nazwę instytucji wypłacającej świadczenie _____ – miejsowość – siedzibę instytucji _____ – miesięczną wysokość pobieranego świadczenia¹⁾ _____</p> <p>2. rodzaj pobieranego świadczenia _____ – nazwę instytucji wypłacającej świadczenie _____ – miejsowość – siedzibę instytucji _____ – miesięczną wysokość pobieranego świadczenia¹⁾ _____</p> <p>3. rodzaj pobieranego świadczenia _____ – nazwę instytucji wypłacającej świadczenie _____ – miejsowość – siedzibę instytucji _____ – miesięczną wysokość pobieranego świadczenia¹⁾ _____</p> <p>4. rodzaj pobieranego świadczenia _____ – nazwę instytucji wypłacającej świadczenie _____ – miejsowość – siedzibę instytucji _____ – miesięczną wysokość pobieranego świadczenia¹⁾ _____</p> <p>¹⁾ miesięczna wysokość pobieranego świadczenia – tj. wysokość świadczenia przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń</p>
C.2.	<p>Czy poza policyjną emeryturą/rentą inwalidzką/rentą rodzinną wypłacaną przez ZER MSWiA posiada Pan/Pani prawo do świadczenia z zagranicznej instytucji emerytalno-rentowej lub ubiega się Pan/Pani o zagraniczne świadczenie emerytalno-rentowe? Jeżeli tak, to proszę dołączyć dokument potwierdzający prawo i wysokość świadczenia zagranicznego wydany przez instytucję zagraniczną oraz proszę podać:</p> <p>– rodzaj świadczenia _____ – nazwę zagranicznej instytucji wypłacającej/rozpatrującej wniosek o świadczenie _____ – nazwę kraju, który wypłaca Pani/Panu (rozpatruje wniosek) oświadczenie: _____ – miejsowość – siedzibę instytucji _____ – miesięczną wysokość pobieranego świadczenia¹⁾ _____</p>
C.3.	<p>Czy złożył/a Pan/Pani wniosek i ubiega się o inne świadczenie pieniężne finansowane ze środków publicznych? Jeżeli tak, to proszę podać:</p> <p>– rodzaj świadczenia _____ – nazwę instytucji do, której został złożony wniosek _____ – miejsowość – siedzibę instytucji _____</p>
C.4.	<p>Czy wniosek o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji złożył Pan/Pani również w innym organie emerytalno-rentowy np. ZUS, KRUS, WBE, BE SW? Jeżeli tak, to proszę podać:</p> <p>– nazwę organu _____ – miejsowość – siedzibę organu _____</p>
C.5.	<p>Czy przebywa Pan/Pani w areszcie śledczym lub zakładzie karnym</p>

TAK^{}) – NIE^{**})**

TAK^{}) – NIE^{**})**

TAK^{}) – NIE^{**})**

TAK^{}) – NIE^{**})**

TAK^{}) – NIE^{**})**

*) niepotrzebne skreślić

**) właściwe pole wyboru zaznaczyć znakiem X

F. DANE O STANIE ZDROWIA WNIOSKODAWCY	
<p>Czy posiada Pan/Pani niżej wymienione orzeczenie? Jeżeli tak, to proszę właściwie zaznaczyć:</p> <p><input type="checkbox"/> – całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,</p> <p><input type="checkbox"/> – niezdolności do samodzielnej egzystencji,</p> <p><input type="checkbox"/> – orzeczenie o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji,</p> <p><input type="checkbox"/> – orzeczenie o całkowitej niezdolności w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji</p>	<p>TAK^{**}) – NIE^{**})</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy orzeczenie jest w posiadaniu ZER MSWiA?</p>	<p>TAK^{**}) – NIE^{**})</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy do wniosku załącza Pan/Pani orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji?</p>	<p>TAK^{**}) – NIE^{**})</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy prosi Pan/Pani o skierowanie na badanie celem ustalenia stanu zdrowia i wydania orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji?</p> <p>Jeżeli TAK – to do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego leczenie</p> <p>Druk - Zaświadczenia o stanie zdrowia ZDR/2023 – dostępny na stronie internetowej Zakładu: www.gov.pl/zermstwa w menu Inne wnioski / zawiadomienia / oświadczenia – Pozostałe druki</p>	<p>TAK^{**}) – NIE^{**})</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

POUCZENIE

- Zgodnie z art. 7 ust 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2023 r. poz. 156, z późn. zm.), zwanej dalej, ustawą jest Pan(i) zobowiązany(a) do informowania organu emerytalnego o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo lub wysokość świadczenia uzupełniającego i przedkładania żądanych środków dowodowych.
- Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem osoby, która odbywa karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.
- Osoba, która pobrała nienależnie świadczenie uzupełniające jest zobowiązana do jego zwrotu.
- Za nienależnie pobrane świadczenie uzupełniające uważa się świadczenie:
 - wypłacone mimo ustania okoliczności będących podstawą jego przyznania, jeżeli osoba pobierająca to świadczenie była pouczona o braku prawa do jego pobierania,
 - wypłacone mimo zmiany okoliczności będących podstawą do ustalenia jego wysokości, jeżeli osoba pobierająca to świadczenie była pouczona o okolicznościach mających wpływ na zmianę wysokości świadczenia,
 - przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenie,
 - przyznane na podstawie decyzji, której nieważność następnie stwierdzono, albo przyznane na podstawie decyzji, która została następnie uchylona w wyniku wznowienia postępowania, i osobie odmówiono prawa do świadczenia,
 - wypłacone osobie innej niż osoba, która została wskazana w decyzji przyznającej świadczenie, z przyczyn niezależnych od organu właściwego.
- Od kwot nienależnie pobranego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w pkt 4 ppkt 1, 3 i 5, Pouczenia zostaną naliczone odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.
- Na stronie internetowej ZER MSWiA pod adresem: <http://gov.pl/web/zermstwa/rodo> zamieszczone są informacje dla emerytów i rencistów oraz orzekanych w komisjach lekarskich o przetwarzaniu danych zgodnie z postanowieniami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

G. ZAŁĄCZNIKI

Do wniosku dołączam:

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy/pełnomocnika)

*) niepotrzebne skreślić

**) właściwe pole wyboru zaznaczyć znakiem X

INFORMACJA

1. Ustalenie prawa do świadczenia uzupełniającego następuje na wniosek osoby uprawnionej składany odpowiednio do **organu wypłacającego świadczenie emerytalno-rentowe lub rentę socjalną**, a w przypadku osób niepobierających świadczeń emerytalno-rentowych – do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
2. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są:
 - a) obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej lub
 - b) posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub
 - c) cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Świadczenie uzupełniające przysługuje od miesiąca, w którym zostały spełnione warunki wymagane do jego przyznania, nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o to świadczenie.
4. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom uprawnionym, które:
 - 1) **ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona**
 - a) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
 - b) orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
 - c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
 - d) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji**oraz**
 - 2) **nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych albo suma tych świadczeń o charakterze innym niż jednorazowe**, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych, z wyłączeniem:
 - a) renty rodzinnej przyznanej w okolicznościach, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, **tj. renty przyznanej osobom całkowicie niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolnym do pracy w okresie do 16 roku życia albo, jeżeli przekroczyły 16 lat do ukończenia nauki w szkole nie dłużej niż do ukończenia 25 roku życia,**
 - b) **zasiłku pielęgnacyjnego oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń, nie przekracza kwoty 2157,80 zł miesięcznie.**
5. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobie uprawnionej w wysokości **nie wyższej niż 500 zł** miesięcznie, przy czym łączna kwota świadczenia uzupełniającego i świadczeń, o których mowa w pkt 4.2 Informacji (w tym pobieranej emerytury/renty), nie może **przekroczyć od dnia 1 marca 2023 r. kwoty 2157,80 zł** miesięcznie, z zastrzeżeniem wyłączeń, wymienionych w ww. punkcie, tj. renty rodzinnej, o której mowa w pkt 4.2 lit. a oraz zasiłku pielęgnacyjnego i innych dodatków, o których mowa w pkt 4.2 lit. b Informacji.
6. W razie przyznania, ustania lub ponownego obliczenia wysokości świadczeń, o których mowa w pkt 4.2 Informacji, świadczenie uzupełniające podlega ponownemu obliczeniu z urzędu, w taki sposób, aby łączna kwota świadczeń, o których mowa w pkt 4.2 Informacji, wraz ze świadczeniem uzupełniającym, nie przekroczyła miesięcznie łącznej kwoty wymienionej w pkt 5 Informacji, z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa pkt 4.2 lit. a i lit. b Informacji.
7. Świadczenie uzupełniające jest zwolnione z poboru podatku dochodowego od osób fizycznych.
8. Ze świadczenia uzupełniającego nie jest pobierana składka na ubezpieczenie zdrowotne.
9. Ze świadczenia uzupełniającego nie dokonuje się potrąceń i egzekucji.
10. W przypadku wydania orzeczenia, o którym mowa w pkt 4.1 niniejszej Informacji, świadczenie uzupełniające przysługuje od miesiąca złożenia wniosku o świadczenie uzupełniające.
11. Ustalenie prawa do świadczenia uzupełniającego następuje w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.
12. W razie zbiegu prawa do świadczeń, wypłacanych przez różne organy decyzje w sprawie świadczenia uzupełniającego wydaje i świadczenie to wypłaca ten organ, który wypłaca dodatek pielęgnacyjny.

*) niepotrzebne skreślić

**) właściwe pole wyboru zaznaczyć znakiem X