

# 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)

<b>A. ADNOTACJE URZĘDOWE (wypełnia organ emerytalny)</b>				
Wniosek do organu emerytalnego wpłynął dnia _____				
(pieczętka służbowa i podpis)				
Został zarejestrowany po numerem _____				
<b>B. DANE WNIOSKODAWCY – emeryta/rencisty/osoby uprawnionej do renty rodzinnej<sup>*)</sup></b>				
<b>B.1. DANE PERSONALNE</b>				
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>B.2. ADRES ZAMIESZKANIA</b>				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
<b>B.2. ADRES MIEJSCA POBYTU (proszę podać, jeżeli Pan/Pani nie posiada miejsca zamieszkania)</b>				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
<b>B.2. ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</b>				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*)</sup> właściwe pole wyboru zaznaczyć znakiem X

<b>C. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY - UBIELAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE I WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO DLA OSOBY NIEZDOLNEJ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI:</b>	
<b>C.1</b>	<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. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____  – <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę instytucji</b> _____  – <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p>2. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____  – <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę instytucji</b> _____  – <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p>3. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____  – <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę instytucji</b> _____  – <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p>4. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____  – <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę instytucji</b> _____  – <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p><sup>1)</sup> <b>miesięczna wysokość pobieranego świadczenia – tj. wysokość świadczenia przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń</b></p>
<b>C.2.</b>	<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>– <b>rodzaj świadczenia</b> _____  – <b>nazwę zagranicznej instytucji wypłacającej/rozpatrującej wniosek o świadczenie</b> _____  – <b>nazwę kraju, który wypłaca Pani/Panu (rozpatruje wniosek) oświadczenie:</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę instytucji</b> _____  – <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p>
<b>C.3.</b>	<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>– <b>rodzaj świadczenia</b> _____  – <b>nazwę instytucji do, której został złożony wniosek</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę instytucji</b> _____</p>
<b>C.4.</b>	<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>– <b>nazwę organu</b> _____  – <b>miejsowość – siedzibę organu</b> _____</p>
<b>C.5.</b>	<p>Czy przebywa Pan/Pani w areszcie śledczym lub zakładzie karnym</p>

**TAK<sup>\*\*</sup>) – NIE<sup>\*\*</sup>)**

**TAK<sup>\*\*</sup>) – NIE<sup>\*\*</sup>)**

**TAK<sup>\*\*</sup>) – NIE<sup>\*\*</sup>)**

**TAK<sup>\*\*</sup>) – NIE<sup>\*\*</sup>)**

**TAK<sup>\*\*</sup>) – NIE<sup>\*\*</sup>)**

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*</sup>) właściwe pole wyboru zaznaczyć znakiem X

<b>F. DANE O STANIE ZDROWIA WNIOSKODAWCY</b>	
<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><b>TAK<sup>**</sup>) – NIE<sup>**</sup>)</b></p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy orzeczenie jest w posiadaniu ZER MSWiA?</p>	<p><b>TAK<sup>**</sup>) – NIE<sup>**</sup>)</b></p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy do wniosku załącza Pan/Pani orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji?</p>	<p><b>TAK<sup>**</sup>) – NIE<sup>**</sup>)</b></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><b>Druk - Zaświadczenia o stanie zdrowia ZDR/2023 – dostępny na stronie internetowej Zakładu: <a href="http://www.gov.pl/zermstwa">www.gov.pl/zermstwa</a> w menu Inne wnioski / zawiadomienia / oświadczenia – Pozostałe druki</b></p>	<p><b>TAK<sup>**</sup>) – NIE<sup>**</sup>)</b></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