

УГОДА МІЖ УКРАЇНОЮ ТА РЕСПУБЛІКОЮ ПОЛЬЩОЮ ПРО СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
UMOWA MIĘDZY UKRAINĄ A RZECZĄPOSPOLITĄ POLSKĄ O ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

ЗАЯВА ПРО ПРИЗНАЧЕННЯ ПЕНСІЇ ⁽¹⁾
WNIOSEK O PRYZNIANIE EMERYTURY-RENTY ⁽¹⁾

Угода: стаття 12-16 / Umowa: artykuł 12-16

<input type="checkbox"/>	пенсія за віком emerytura	<input type="checkbox"/>	інвалідності renta z tytułu niezdolności do pracy	<input type="checkbox"/>	пенсія у зв'язку з втратою годувальника renta rodzinna	<input type="checkbox"/>	пенсія за вислуг років emrytura za wysługę lat
<p style="text-align: center;">DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU (Заповнюється установою проживання Wypełnia instytucja miejsca zamieszkania)</p> <p style="text-align: center;">У ПОЛЬЩІ NUMER REJESTRACYJNY W POLSCE (Заповнюється установою проживання Wypełnia instytucja miejsca zamieszkania)</p>							<p style="text-align: center;">____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

ЗАЯВНИКОМ / WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1.	Застрахована особа (заповнюється у всіх випадках)/ OSOBA UBEZPIECZONA (wypełnia się w każdym przypadku) (дані вказати відповідно до закордонного паспорта) (podać dane zgodne z dokumentem tożsamości)						
1.1	Прізвище (прізвища) Nazwisko (nazwiska)						
1.2	Ім'я, по батькові Imię, imię ojca						
1.3	Дата народження Data urodzenia	____ / ____ / ____					
1.4	прізвища Nazwisko rodowe oraz kolejne zmiany nazwiska						
1.5	Стать Płeć	<input type="checkbox"/> / М	<input type="checkbox"/> / К				
1.6	/ Stan cywilny <input type="checkbox"/> одружений (a) żonaty/ zamężna <input type="checkbox"/> неodrжаний (a) wolny (a)						
1.7	шлюбу Data zawarcia związku małżeńskiego	____ / ____ / ____	1.8	Дата смерті Data zgonu	____ / ____ / ____		
1.9	Адреса Adres						
1.10	Ідентифікаційний номер Numer identyfikacyjny		<input type="checkbox"/> / na Ukrainie _____ <input type="checkbox"/> у Польщі/ w Polsce _____				
1.11	<input type="checkbox"/> здійснює трудову діяльність/ wykonuje działalność zawodową <input type="checkbox"/> / nie wykonuje działalności zawodowej od dnia _____						

3.5	Сімейні відносини з покійним працівником Stopień pokrewieństwa ze zmarłym pracownikiem	
3.6	Адреса проживання Adres zamieszkania	
3.7	пов'язана смерть з нещасним випадком на виробництві/ з професійним захворюванням? czy zgon związany jest z wypadkiem przy pracy/ z chorobą zawodową? <input type="checkbox"/> / tak <input type="checkbox"/> / nie	
3.8	Чи отримувала померлий пенсію та від якої установи? Czy zmarła osoba otrzymywała emeryturę-rentę i z jakiej instytucji? / Jeśli tak - установа, що призначила пенсію instytucja, która przyznała emeryturę-rentę - припинення виплати/ data zakończenia wypłat	<input type="checkbox"/> / tak <input type="checkbox"/> / nie _____ _____
3.9	чоловік/ дружина, батьки/ Czy zmarła osoba miała na utrzymaniu niezdolnych do pracy męża/ żonę, rodziców/	<input type="checkbox"/> / tak <input type="checkbox"/> / nie

4.	Член / Członkowie rodziny zmarłej osoby/ na jej utrzymaniu				
	Прізвище, ім'я, по-батькові Nazwisko, imię, imię ojca	народження Data urodzenia	Сімейні відносини Stopień pokrewieństwa	(⁽²⁾ zakład, або визнаний інвалідом/ непрацездатним після 18 років) Stan ⁽²⁾ (odbywanie studiów wyższych, uznany za osobę niepełnosprawną/ niezdolną do pracy po 18 roku życia)	Стать Płeć
4.1					
4.2					
4.3					

5	<p>роботу, звільнення з роботи, зміну місця проживання, виїзд за кордон, про що мене повідомлено.</p> <p>призначають та виплачують пенсію.</p> <p>Wszelkie podane we wniosku informacje są prawdziwe. Jestem w pełni świadom, że w przypadku złożenia fałszywych zeznań w celu uzyskania i wypłaty emerytury-renty podlegam odpowiedzialności karnej zgodnie z ustawodawstwem Ukrainy.</p> <p>Zobowiązuję się zawiadomić niezwłocznie instytucję, która przyznała i wypłaca emeryturę-rentę, o podjęciu lub zakończeniu zatrudnienia, zmianie miejsca zamieszkania, wyjeździe za granicę na pobyt stały oraz o innych okolicznościach mających wpływ na moje świadczenie.</p> <p>/ Data</p> <p>Підпис заявника/ Podpis wnioskodawcy</p>
---	---

7.	Установа у місці проживання, персонально- дані вказані у формулярі Instytucja miejsca zamieszkania potwierdzająca dane osobowo-adresowe zawarte w formularzu			
7.1	Назва Nazwa			
7.2	Адреса Adres			
7.3	Печатка Pieczęć	7.4	Дата Data	____ / ____ / ____
		7.5	Підпис Podpis	

ПРИМІТКИ/ UWAGI	
(1)	Укажіть вид пенсії, на яку подається заява. Określić rodzaj świadczenia, którego dotyczy wniosek.
(2)	Зазначте, чи є Ви, якщо отримувате 18 23 (у віці від 60) та інвалідом. W przypadku renty rodzinnej wskazać, czy jest uczniem/studentem placówki oświatowej z nauczaniem dziennym w wieku od 18 do 23 lat, osobą niezdolną do pracy (w wieku od 60 lat), inwalidą.

поданої в ній, підтверджена офіційними документами, поданими заявником, : ,
, для призначення пенсій за віком / Poświadczenie niniejszego formularza przez wnioskodawcę lub instytucję miejsca zamieszkania oznacza, że dokładność informacji w nim zawartych potwierdzona została na podstawie oficjalnych dokumentów złożonych przez wnioskodawcę, a mianowicie: dokumentów wymaganych zgodnie z ustawodawstwem ukraińskim w celu przyznania emerytury:

- оригінал трудової книжки або інших документів, що підтв / оригінал
książeczki pracy lub inne dokumenty potwierdzające działalność zawodową na Ukrainie;
- / poświadczona kopia dyplomu lub
świadcstwa nauczania dziennego;
- оригінал довідки про заробітну плату (доходу) за будь- 60
1 2000 / оригінал заswiadczenia o wynagrodzeniu (dochodach) za dowolne 60 kolejnych miesięcy
01.01.2016 / оригінал заswiadczenia o wynagrodzeniu (dochodach) za dowolne 60 kolejnych miesięcy
kalendarzowych stażu ubezpieczeniowego do dnia 1 lipca 2000 roku pod warunkiem potwierdzenia wynagrodzenia
dokumentami źródłowymi w okresie do dnia 01.01.2016 roku;
- завірена копія військ / poświadczona kopia
książeczki wojskowej lub оригінал заswiadczenia o odbyciu służby wojskowej;
- () / poświadczone kopie
aktów urodzenia dzieci, aktu ślubu w przypadku zmiany nazwiska (dla kobiet);

/ przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy:

- / te same jak do przyznania emerytury oraz
- висновок медичної експертно- /
lekarskiej o uznaniu osoby za inwalidę/ niezdolną do pracy / orzeczenie komisji

/ przyznania renty rodzinnej:

- / te same jak do przyznania emerytury oraz
- ()
, / w przypadku męża, żony заswiadczenie właściwej instytucji miejsca
zamieszkania (rejestracji) o wspólnym zamieszkiwaniu z żywicielem w dniu jego śmierci;
- / poświadczona kopia aktów urodzenia dzieci;
- завірена копія с / poświadczona kopia aktu zgonu;
- / poświadczona kopia aktu ślubu;
- оригінал довідки про навчання в учбовому закладі у віці від 18 до 23 років, або документ про визнання інвалідом/
непрацездатним у віці ста 18 / оригінал заswiadczenia o nauce w wieku od 18 do 23 lat lub документ o
uznaniu osoby za inwalidę/ niezdolną do pracy po 18 roku życia.

/ POUCZENIE

- Форма для зв'язку має бути видана установою держави, де проживає застрахована особа або заявник
заповнена заявником, засвідчена установою держави проживання / Formularz
powinien być wydany przez instytucję państwa, w którym mieszka osoba ubezpieczona, wnioskodawca lub jego zstępni,
wypełniony przez wnioskodawcę, poświadczony przez instytucję państwa zamieszkania i przekazany do instytucji drugiego
państwa.