

WYPEŁNIA DZIAŁ ŚWIADCZEŃ FEDERALNYCH AMBASADY USA:

PFD:	800#	CLAIM TYPE:	W/E:	
			C/N:	

WZ0-PL-1

FORMULARZ POMOCNICZY DO PODANIA O ŚWIADCZENIA Z AMERYKAŃSKIEGO SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (U.S. SOCIAL SECURITY)

I. RODZAJ ŚWIADCZENIA, O KTÓRE PAN/PANI SIĘ UBIEGA:

- emerytura świadczenie dla współmałżonka renta wdowia
 renta inwalidzka świadczenie dla dziecka zasiłek pośmiertny

II. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ (która pracowała w USA) – wypełnia każdy wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko: _____
2. Numer Social Security: _____ - _____ - _____
3. PESEL: _____
4. Data urodzenia: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
5. Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____
6. Inne używane imiona i nazwiska (np. nazwisko panieńskie): _____
7. Kraje obywatelstwa: _____

⇒ jeśli obywatelstwo USA - numer paszportu amerykańskiego: _____
 data wydania paszportu amerykańskiego: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)

⇒ jeśli obywatelstwo Polskie - daty pobytów w USA:
 od _____ do _____ od _____ do _____
 od _____ do _____ od _____ do _____

⇒ jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: A _____

8. Dzieci nieletnie lub niepełnosprawne pozostające na utrzymaniu: TAK NIE
9. Stan cywilny: żonaty/zamężna wolny rozwiedziony/a wdowiec/wdowa
10. Czy osoba ubezpieczona jest uprawniona do otrzymywania świadczeń emerytalno-rentowych z innej instytucji niż Social Security, np. z Polski (ZUS, KRUS), obecnie lub w przyszłości?
- NIE
- TAK, rodzaj świadczenia: _____ od: _____/_____/_____ (miesiąc/dzień/rok)
- z ZUS z KRUS z innej instytucji: _____
- podanie o świadczenie jest w trakcie rozpatrywania

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA

(Uwaga: jeśli ubiega się Pan/Pani o emeryturę lub rentę inwalidzką za **własną** pracę w USA, proszę od razu przejść do sekcji IV)

1. Imię i nazwisko: _____

2. Numer Social Security: ____ - ____ - ____

3. PESEL: _____

4. Data urodzenia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

5. Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

6. Inne używane imiona i nazwiska (np. nazwisko panieńskie): _____

7. Kraje obywatelstwa: _____

⇒ jeśli obywatelstwo USA - numer paszportu amerykańskiego: _____

data wydania paszportu amerykańskiego: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

⇒ jeśli obywatelstwo Polskie - daty pobytów w USA:

od _____ do _____ od _____ do _____

od _____ do _____ od _____ do _____

⇒ jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: A _____

8. Dzieci nieletnie lub niepełnosprawne pozostające na utrzymaniu: TAK NIE

9. Stan cywilny: żonaty/zamężna wolny rozwiedziony/a wdowiec/wdowa

IV. DANE DOTYCZĄCE MAŁŻEŃSTW OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA:

1. Obecnie trwające lub ostatnie małżeństwo (jeśli brak, proszę wpisać „nie ma”)

a) Imię i nazwisko małżonka: _____

b) Nazwisko rodowe: _____

c) Numer Social Security: ____ - ____ - ____ brak

d) PESEL: _____

e) Data urodzenia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

f) Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

g) Kraje obywatelstwa: _____

⇒ jeśli obywatelstwo USA - numer paszportu amerykańskiego: _____

data wydania paszportu amerykańskiego: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

⇒ jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: A _____

h) Data zawarcia małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

i) Miejsce zawarcia małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

j) Małżeństwo trwa nadal Małżeństwo zakończyło się

Powód ustania małżeństwa: rozwód zgon unieważnienie

Data ustania małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce ustania małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

W przypadku rozwodu proszę podać dane dotyczące byłego małżonka:

Dane nieznane adres: _____

telefon: _____

2. Poprzednie małżeństwo (jeśli brak, proszę wpisać „nie ma”)

a) Imię i nazwisko małżonka: _____

b) Nazwisko rodowe: _____

c) Numer Social Security: _____ brak

d) PESEL: _____

e) Data urodzenia: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

f) Miejsce urodzenia: miasto: _____ stan lub kraj: _____

g) Kraje obywatelstwa: _____

⇒ jeśli obywatelstwo USA - numer paszportu amerykańskiego: _____

data wydania paszportu amerykańskiego: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

⇒ jeśli stały rezydent USA, proszę podać tzw. „Alien Number”: A_____

h) Data zawarcia małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

i) Miejsce zawarcia małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

j) Małżeństwo trwa nadal małżeństwo zakończyło się

Powód ustania małżeństwa: rozwód zgon unieważnienie

Data ustania małżeństwa: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Miejsce ustania małżeństwa: miasto: _____ stan lub kraj: _____

W przypadku rozwodu proszę podać dane dotyczące byłego małżonka:

Dane nieznane adres: _____

telefon: _____

W przypadku większej liczby małżeństw niż dwa, dane na ich temat należy podać w miejscu przeznaczonym na UWAGI na końcu formularza.

V. DANE DOTYCZĄCE PRACY OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA

1. Praca własna lub małżonka w kraju innym niż USA, np. w Polsce, obecnie lub w przeszłości?

TAK NIE Imię i nazwisko: _____ kraje: _____

2. Praca własna lub małżonka na kolei w USA obecnie lub w przeszłości? TAK NIE

3. Zatrudnienie w USA lub w Polsce?

w roku bieżącym w zeszłym roku dwa lata temu

Nie byłem/byłam zatrudniony/a w ciągu ostatnich 3 lat (w tym wypadku proszę przejść od razu do punktu 7).

4. W przypadku pracy w ciągu ostatnich 3 lat proszę podać nazwy i adresy pracodawców:

a) ostatnie miejsce pracy (nazwa i adres):

zatrudnienie od: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok) do: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok)

praca trwa nadal i zakończy się dnia: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok)

a) poprzednie miejsce pracy (nazwa i adres):

zatrudnienie od: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok) do: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok)

5. Czy jest Pan/Pani członkiem zarządu firmy, w której Pan/Pani pracuje? TAK NIE

6. Czy udziela Pan/Pani zgody na skontaktowanie się z pracodawcami? TAK NIE

W przypadku pracy w USA w roku bieżącym proszę podać przewidywane zarobki: \$ _____

7. Własna działalność gospodarcza?

w roku bieżącym w zeszłym roku dwa lata temu

W przypadku prowadzenia własnej działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 3 lat należy podać:

a) rodzaj działalności: _____

b) dochód roczny: kwota: _____ waluta: _____

w okresie: od ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok) do: ___/___/___ (miesiąc/dzień/rok)

Nie prowadziłem/prowadziłam własnej działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 3 lat (w tym wypadku proszę przejść od razu do sekcji VI).

8. Czy obecnie pracuje Pan/i w wymiarze większym niż 45 godzin w miesiącu? TAK NIE

9. Czy zarobki wykazane na zestawieniu z Social Security są prawidłowe?

TAK NIE nie posiadam takiego zestawienia

Jeśli nie, proszę wyjaśnić:

VI. DANE DOTYCZĄCE DZIECI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA

1. Czy ma Pan/Pani dzieci do 18 roku życia lub do 19 roku życia uczące się w szkole średniej lub dzieci pozostające na całkowitym utrzymaniu z uwagi na inwalidztwo? TAK NIE

Jeśli "NIE" proszę przejść do sekcji VII. Jeśli „TAK” proszę podać:

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security dziecka: ____ - ____ - ____ brak

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security dziecka: ____ - ____ - ____ brak

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

Numer Social Security dziecka: ____ - ____ - ____ brak

VII. INNE DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA

1. Jeśli niniejsze podanie o świadczenia jest składane w imieniu osoby nieletniej lub niezdolnej do samodzielnego rozporządzania funduszami, proszę podać imię i nazwisko opiekuna prawnego lub przedstawiciela: _____

Numer Social Security opiekuna: ____ - ____ - ____ brak

2. W przypadku podania o rentę inwalidzką proszę podać datę ostatecznej utraty zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

3. Służba wojskowa własna lub małżonka w USA? TAK NIE

Jeśli tak, imię i nazwisko: _____

Służba w terminie od: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok) do: ____/____/____ (miesiąc/dzień/rok)

4. Czy kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania świadczeń za pracę dla amerykańskiej instytucji rządowej (federalnej lub stanowej): TAK NIE

5. Od kiedy Pan/Pani życzy sobie otrzymywać świadczenia Social Security?

najwcześniej jak to możliwe, nawet jeśli to oznacza redukcję wysokości świadczeń

świadczenia niezredukowane, od pełnego wieku emerytalnego (patrz tabelka poniżej)

od (miesiąc/rok) ____/____ z powodu: _____

