

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami i zwrócić pod niżej wskazany adres jednostki ZUS:

W terminie:

Please fill in this form in block letters and return it to the address of the ZUS unit indicated below:

Within:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział ZUS w

Adres
Adres
Numer świadczenia

Pan(i)
Imię i nazwisko
Adres
Adres
Adres
Adres

**OŚWIADCZENIE EMERYTA / RENCISTY ZAMIESZKAŁEGO ZA GRANICĄ
O ISTNIENIU DALSZEGO PRAWA DO POBIERANIA ŚWIADCZENIA**

*/ STATEMENT OF PENSIONER RESIDING ABROAD
ON MAINTAINANCE OF RIGHT TO RECEIVE THE BENEFITS /*

I. DANE IDENTYFIKACYJNE EMERYTA/RENCISTY / IDENTIFICATION OF PENSIONER /

01. Imię i Nazwisko / *First name and surname:*

02. Imię ojca / *Father's name*

03. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / *Date of Birth (dd/mm/yyyy)*

II. ADRES ZAMIESZKANIA (państwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/lokalu itp.)

/ ADDRESS OF RESIDENCE (state, zip code, city, street, house number/apartment, etc.) /

III. Oświadczenie / Statement /

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że nie wystąpiły okoliczności uzasadniające ustanie prawa do świadczenia z ZUS:

/ I confirm with my own signature, that there were no circumstances effecting in termination of the right to benefit from ZUS: /

Data złożenia podpisu (dd/mm/rrrr)
/ *Date of signature (dd / mm / yyyy) /*

Podpis emeryta lub rencisty albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad emerytem/rencistą
Signature of the pensioner or the authorized person who is actually taking care of pensioner

Ważne: Własnoręczność złożonego podpisu musi zostać poświadczona w punkcie IV przez upoważnioną instytucję / osobę (patrz pkt 3 Pouczenia).
Important: The authenticity of original signature must be certified in point IV by an authorized institution / person (see point 3 of Instruction).

IV. Wypełnia instytucja/osoba upoważniona do dokonywania poświadczenia podpisu (patrz pkt 3 Pouczenia)

/ To be completed by the institution / person authorized to confirm the authenticity of the signature (see section 3 of Instruction) /

Potwierdzam, własnoręczność podpisu złożonego w punkcie III formularza:

/ I confirm that the signature in point III of the form is handwritten: /

Miejscowość / *Place /*

Data: dd/mm/rrrr / *Date: dd/mm /yyyy /*

Podpis i stempel / *Signature and stamp /*

**POUCZENIE
/ INSTRUCTION /**

1. Na podstawie art. 101 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.), **prawo do świadczeń ustaje:**
- 1) gdy ustanie którykolwiek z warunków wymaganych do uzyskania tego prawa,
 - 2) **ze śmiercią osoby uprawnionej.**

*Following the art. 101 of the Act of 17th December 1998 on pensions from the Social Insurance Fund (Journal of Laws of 2013, pos. 1440 as amended), **the right to the benefit ceases:***

- 1) *when any of the conditions required to obtain this right ceases,*
- 2) ***with the death of the person entitled .***

2. Zgodnie z art. 128 ww. ustawy na żądanie organu rentowego emeryt lub rencista jest zobowiązany do potwierdzania własnoręcznym podpisem istnienia dalszego prawa do pobierania świadczeń określonych ustawą. W razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających lub utrudniających emerytowi lub renciście złożenie tego podpisu, istnienie dalszego prawa do pobierania świadczeń przez tego emeryta lub rencistę może potwierdzić własnoręcznym podpisem upoważniona osoba sprawująca faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą. W tym celu należy **wypełnić i własnoręcznie podpisać** niniejszy formularz, a jeżeli nie jest to możliwe powinna go wypełnić i podpisać osoba sprawująca faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą.

Powyższy przepis ma również zastosowanie do osób uprawnionych do świadczenia/zasiłku przedemerytalnego lub innych wypłacanych świadczeń pieniężnych.

*In accordance with art. 128 of the above mentioned Act at the pension authority's request the pensioner is obliged to confirm by his/her personal signature the existence of extended rights to receive benefits as defined by the Act. Should there be any circumstances precluding or hindering the pensioner from providing the aforementioned signature the extension of rights to receive benefits by the said pensioner can be confirmed by the signature of an authorized person who takes care of the pensioner. For this purpose, **complete and sign this form**, and if this is not possible the form should be filled in and signed by a person who is actually looking after the pensioner.*

This provision also applies to persons entitled to pre-retirement benefits/allowance or other cash benefits.

3. **Własnoręczność podpisu osób zamieszkałych za granicą powinna zostać poświadczona przez:**
- właściwy urząd lub osobę do tego upoważnioną w państwie zamieszkania emeryta/rencisty/upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą, albo przez,
 - osobę upoważnioną w polskiej placówce dyplomatycznej lub konsularnej.
- The handwritten signature of persons living abroad should be certified by:***
- *the competent authority or a person authorized in the State of residence of the pensioner/authorized person who is actually looking after the pensioner, or by*
 - *an authorized person in Polish diplomatic or consular post.*

4. Niniejszy formularz organ rentowy przekazuje emerytom i rencistom zamieszkałym za granicą zwykle raz w każdym roku kalendarzowym. Po wypełnieniu, podpisaniu i potwierdzeniu własnoręczności złożonego podpisu, formularz ten należy przekazać do organu rentowego, który wypłaca świadczenia, w terminie określonym na pierwszej stronie formularza.

This form is sent out by pension agency to pensioners living abroad once in each calendar year. Once completed, signed and confirmed the authenticity of the handwritten signature, this form must be submitted to the pension agency that pays benefits within the time specified on the first page of the form.

5. W przypadku nieprzedłożenia podpisanego oświadczenia - stosownie do art. 134 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy – wypłatę świadczeń, zgodnie z art. 134 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy, wstrzymuje się od miesiąca, w którym organ rentowy wydał decyzję o wstrzymaniu wypłaty albo od następnego miesiąca, jeżeli wcześniejsze wstrzymanie wypłaty nie było możliwe.

In case of failure to submit a signed statement - in accordance with Art. 134 paragraph 1 point 2 of the above mentioned Act - the payment of benefits, in accordance with Art. 134 paragraph 2 point 2 of the above mentioned Act, will be withhold from the month in which the pension organ has made the decision to withhold payment or from the next month, if the earlier withhold of payment was not possible.

6. Zgodnie z art. 135 ust. 1 ww. ustawy - w razie ustania przyczyny powodującej wstrzymanie wypłaty świadczenia, wypłatę wznowia się od miesiąca ustania tej przyczyny, jednak nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano z urzędu decyzję o jej wznowieniu.

In accordance with article 135 paragraph 1 of the above mentioned Act - when the cause which caused the cessation of benefit payment ceased, payment resumes from the month of cessation of the cause, but no earlier than from the month in which an application for renewal of payment was submitted or the Office decision to resume the payment was released.

7. W razie zmiany danych, np. zmiany numeru rachunku bankowego lub adresu, należy przekazać te informacje niezwłocznie do jednostki ZUS.

If the data has been changed, eg. change of the bank account number or address, please inform ZUS immediately.