

Deutsche Versicherungsnummer
 Niemiecki numer ubezpieczeniowy

 Kennzeichen (soweit bekannt)
 Znak (o ile znany)

 Eingangsstempel
 Pieczęć wpływu

ZRBG 500pl

Antrag auf Witwen-/Witwerrente für Hinterbliebene von ehemaligen Ghettobeschäftigten mit Wohnsitz in Polen

Wniosek o rentę wdowią dla członków rodziny mających miejsce zamieszkania w Polsce po zmarłym, byłym zatrudnionym w getcie

1 Angaben zur Person der / des verstorbenen Versicherten

Dane osobowe zmarłej osoby ubezpieczonej

Name		Nazwisko						
Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		Imiona (proszę podkreślić imię używane)						
Geburtsname		Nazwisko rodowe						
Frühere Namen		Poprzednie nazwiska						
Geburtsstag (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>							Data urodzenia (dzień / miesiąc / rok)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich męska <input type="checkbox"/> weiblich żeńska	Płeć						
Geburtsort (Kreis, Land)		Miejsce urodzenia (powiat, kraj)						
PESEL-Nr.		Numer PESEL						
Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>							Data śmierci (dzień / miesiąc / rok)
Bitte Sterbeurkunde beifügen!		Proszę dołączyć akt zgonu!						

2 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers

Dane osobowe wdowy / wdowca

Name		Nazwisko						
Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)		Imiona (proszę podkreślić imię używane)						
Geburtsname		Nazwisko rodowe						
Frühere Namen		Poprzednie nazwiska						
Geburtsstag (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>							Data urodzenia (dzień / miesiąc / rok)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich męska <input type="checkbox"/> weiblich żeńska	Płeć						
Geburtsort (Kreis, Land)		Miejsce urodzenia (powiat, kraj)						
PESEL-Nr.		Numer PESEL						
Straße, Hausnummer		Ulica, numer domu						
Postleitzahl		Kod pocztowy						
Wohnort / Staat		Miejsce zamieszkania/ państwo						

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Kontakt telefoniczny w ciągu dnia (dane dobrowolne)
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax, e-mail (dane dobrowolne)
Waren Sie in der deutschen- gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy był/a Pan/i ubezpieczony/a w niemieckim ustawowym ubezpie- czeniu emerytalno-rentowym?
Versicherungsträger		Instytucja ubezpieczeniowa
Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy nadano numer ubezpieczeniowy?
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	<input type="text"/>	Numer ubezpieczeniowy członka rodziny
Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/>	Data zawarcia związku małżeńskiego z osobą ubezpieczoną (dzień / miesiąc / rok)
Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy małżeństwo to trwało do śmierci osoby ubezpieczonej?
Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy wdowiec / wdowa zawarł/a no- we małżeństwo po śmierci osoby ubezpieczonej?
Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/>	Ponowne małżeństwo zawarto dnia (dzień / miesiąc / rok)
Dauerhafter Wohnsitz in Polen ab 1991 Hinweis: Ein dauerhafter Wohnsitz in Polen liegt vor, wenn Sie Ihren Wohnsitz in Polen stets beibehalten haben und nur zu kurzen Aufenthalten im Ausland wa- ren (z.B. Urlaub).		Stäly pobyt w Polsce od 1991 r. Wskazówka: Stäly pobyt w Polsce występuje wtedy, gdy zachował/a Pan/i miejsce zamieszkania w Polsce na stałe i przebywał/a Pan/i za granicą tylko w krót- kich okresach (np. urlop).
Haben Sie seit dem 31.12.1990 Ihren dauerhaften Wohnsitz unun- terbrochen in Polen?	<input type="checkbox"/> ja / tak	Czy od dnia 31.12.1990 r. posia- dał/a Pan/i swoje stałe miejsce za- mieszkania nieprzerwanie w Pol- sce?
	↓ <input type="checkbox"/> nein / nie ↓	
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Proszę dołączyć wszystkie posia- dane dokumenty!
Ich habe mich zu folgenden Zeiten dauerhaft im Ausland aufgehalten: a) Zeitraum vom – bis Tag / Monat / Jahr – Tag / Monat / Jahr in	/ / – / /	Przebywałem/am za granicą w po- danych poniżej okresach: a) Okres od - do dzień / miesiąc / rok – dzień / miesiąc / rok w
b) Zeitraum vom – bis Tag / Monat / Jahr – Tag / Monat / Jahr in	/ / – / /	b) Okres od – do dzień / miesiąc / rok – dzień / miesiąc / rok w
c) Zeitraum vom – bis Tag / Monat / Jahr – Tag / Monat / Jahr in	/ / – / /	c) Okres od - do dzień / miesiąc / rok – dzień / miesiąc / rok w

**3 Antragstellung durch andere Personen
Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte
beifügen.**

**Składanie wniosku przez inne osoby
Proszę dołączyć pełnomocnictwo lub postanowie-
nie sądu.**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		Wniosek składa w zastępstwie
Name		Nazwisko
Vorname		Imię
Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		Urząd (ew. znak sprawy)
in der Eigenschaft als		w charakterze
Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	przedstawiciela prawnego
Vormund	<input type="checkbox"/>	kuratora
Betreuer	<input type="checkbox"/>	opiekuna
Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	pełnomocnika
Straße, Hausnummer		Ulica, numer domu
Postleitzahl		Kod pocztowy
Wohnort / Staat		Miejsce zamieszkania / państwo
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Kontakt telefoniczny w ciągu dnia (dane dobrowolne)
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax, e-mail (dane dobrowolne)

Hinweis: Hat die/der verstorbene Versicherte bereits eine Altersrente nach dem ZRBG bezogen, entfällt die Beantwortung der Fragen 4 bis 9.	Wskazówka: Jeżeli zmarła osoba ubezpieczona pobierała już emeryturę zgodnie z Ustawą ZRBG, odpowiedź na pytania od 4 do 9 nie jest konieczna.
--	---

4 Verfolgteigenschaft der / des Versicherten **Cechy prześladowania osoby ubezpieczonej**
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! **Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!**

4.1 Aus welchem Grund wurde die / der Versicherte verfolgt?		Z jakiego powodu osoba ubezpieczona była prześladowana?
4.2 War die / der Versicherte als Verfolgte(r) im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona została uznana za osobę prześladowaną w myśl § 1 Federalnej Ustawy Odszkodowawczej (BEG) (np. przez Urząd ds. Odszkodowań, Jewish Claims Conference, Federalne Ministerstwo Finansów)?
Entschädigungsbehörde / Aktenzeichen		Urząd ds. Odszkodowań / Znak sprawy
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

5 Angaben zur Ghetto-Arbeit

Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!

Dane dotyczące pracy w getcie

5.1 In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓ ↓	W których gettach osoba ubezpieczona przebywała przymusowo?
a) Ort, Kreis, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	a) Miejscowość, powiat, obszar, Kraj Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
b) Ort, Kreis, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	b) Miejscowość, powiat, obszar, Kraj Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
c) Ort, Kreis, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	c) Miejscowość, powiat, obszar, Kraj Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
5.2 Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona pracowała w jednym z gett wymienionych w punkcie 5.1?
a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	/ – /	a) Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok Miejsce pracy / pracodawca Rodzaj pracy
b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	/ – /	b) Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok Miejsce pracy / pracodawca Rodzaj pracy
c) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	/ – /	c) Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok Miejsce pracy / pracodawca Rodzaj pracy
	<input type="checkbox"/> nein / nie	
5.3 Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona pracowała również poza obszarem gett wymienionych w punkcie 5.1?
a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	/ – / <input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	a) Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok Miejsce pracy / pracodawca Czy osoba ta wracała codziennie do getta?

b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	b) Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Miejsce pracy / pracodawca Czy osoba ta wracała codzien- nie do getta?
c) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	c) Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Miejsce pracy / pracodawca Czy osoba ta wracała codzien- nie do getta?
	<input type="checkbox"/> nein / nie	
5.4 Hat sich die/der Versicherte um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.2) oder außerhalb des Ghettos (Zif- fer 5.3) selbst bemüht bzw. wur- de sie ihr/ihm z. B. vom Judenrat vermittelt?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona starała się sama o pracę w getcie (punkt 5.2) lub poza gettem (punkt 5.3) czy też praca została jej przydzielona za pośrednictwem np. Rady Żydow- skiej?
Name des Ghettos		Nazwa getta
Name des Ghettos		Nazwa getta
Name des Ghettos		Nazwa getta
Die/Der Versicherte wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ih- ren/seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder Restfreiheit ablehnen können.	<input type="checkbox"/> nein / nie	Osoba ubezpieczona była zmusza- na do wszystkich podanych prac wbrew swojej woli i nie mogła ich odrzuć bez narażania zdrowia, życia i pozbawienia reszty wolności.

6 Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten

Okresy zastępcze związane z prześladowaniem

Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!

Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!

Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaß- nahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrations- lager)	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona doznała innych represji przez reżim nazi- stowski? (np. noszenie gwiazdy Dawida, życie w ukryciu lub pod fałszywym nazwiskiem, pobyt w obozie pracy przymusowej, pobyt w obozie koncentracyjnym)
a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	d) Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Art der Verfolgung		Rodzaj prześladowania
b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	e) Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Art der Verfolgung		Rodzaj prześladowania
c) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	f) Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Art der Verfolgung		Rodzaj prześladowania
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

7 Zeiten in Deutschland

Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!

Okresy w Niemczech
Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!

7.1 Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland aufgehalten?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy po prześladowaniach osoba ubezpieczona przebywała w Niemczech?
a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	a) Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc - rok
Aufenthaltsort		Miejsce pobytu
b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	b) Okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Aufenthaltsort		Miejsce pobytu
	<input type="checkbox"/> nein / nie	
7.2 Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona pracowała w Niemczech?
a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	a) Okres od -do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Arbeitsstelle / Arbeitgeber		Miejsce pracy / pracodawca
Art der Arbeit		Rodzaj pracy
b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	b) Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Arbeitsstelle / Arbeitgeber		Miejsce pracy
Art der Arbeit		Rodzaj pracy
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

8 Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)

Okresy nauki w szkole / szkole zawodowej lub wyższej (również za granicą)

Hat die / der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy po ukończeniu 17 roku życia osoba ubezpieczona uczęszczała do szkoły, szkoły zawodowej lub wyższej? Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty, np. świadectwo szkolne, dokumenty dotyczące nauki na wyższej uczelni.
Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

9 Angaben zu Kindern

Dane dotyczące dzieci

Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona wychowywała dzieci urodzone przed 01.01.1950 r.?
a) geboren am (Tag / Monat / Jahr)	_ _ _ _ _ _ _	a) urodzone dnia (dzień / miesiąc / rok)
geboren in		urodzone w
b) geboren am (Tag / Monat / Jahr)	_ _ _ _ _ _ _	b) urodzone dnia (dzień / miesiąc / rok)
geboren in		urodzone w
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

10 Rentenbezug in Polen
Pobieranie renty w Polsce

Beziehen Sie eine polnische Hinterbliebenenrente?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy pobiera Pan/Pani polską rentę rodzinną?
Name / Anschrift der zahlenden Stelle		Nazwa / adres instytucji wypłacającej
Aktenzeichen		Znak sprawy
Eine Kopie des Rentenbescheides, mit dem der Anspruch auf die Hinterbliebenenrente erstmalig oder neu festgestellt wurde, ist beizufügen.		Należy dołączyć kopię decyzji rentowej o ustaleniu prawa do renty rodzinnej po raz pierwszy lub o ponownym jej ustaleniu.
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

11 Sonstige Angaben
Inne dane

11.1 Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy małżeństwo osoby ubezpieczonej zostało rozwiązane przez rozwód/unieważnione po 30.06.1977 r.?
Lebt der frühere Ehegatte noch?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie <input type="checkbox"/> nicht bekannt / nie wiem	Czy były/a małżonek/ka jeszcze żyje?
Falls nein: Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Jeżeli nie, proszę podać datę zgonu (dzień / miesiąc / rok)
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

11.2 Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist
Proszę wypełnić w przypadku złożenia wniosku o rentę dla wdowca, a ubezpieczona zmarła przed 01.01.1986 r.

Hat die Versicherte den Unterhalt der Familie überwiegend bestritten?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy rodzina pozostawała głównie na utrzymaniu ubezpieczonej?
--	---	---

12 Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten
Dane dotyczące wliczania dochodów przy rentach dla wdów i wdowców

- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -

Niepotrzebne, jeżeli osoba ubezpieczona zmarła przed 01.01.1986 r. -

Bitte Nachweise beifügen!
Proszę dołączyć zaświadczenia!

12.1 Arbeitsentgelt	Wynagrodzenie za pracę	
Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt ggf. auch im Ausland?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy od przyznania renty rodzinnej otrzymuje lub otrzymywał/a Pan/Pani wynagrodzenie za pracę, ew. także za granicą ?
Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
Name und Anschrift des Arbeitgebers		Nazwa i adres pracodawcy
	<input type="checkbox"/> nein / nie	

12.2 Arbeitseinkommen		Dochód z pracy										
Haben oder hatten Sie ab Beginn der Rente wegen Todes steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) ggf. auch im Ausland erzielt?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy od przyznania renty rodzinnej osiąga lub osiągał/a Pan/Pani zyski podatkowe (przychody z rolnictwa i leśnictwa, z prowadzenia zakładu lub pracy na własny rachunek) ew. także za granicą?										
Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	Okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok										
Art der Selbständigkeit		Rodzaj pracy na własny rachunek										
	<input type="checkbox"/> nein / nie											
12.3 Rente aus eigener Versicherung		Emerytura z własnego ubezpieczenia										
Beziehen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy od przyznania renty rodzinnej pobiera Pan/Pani emeryturę z własnego ubezpieczenia z niemieckiego lub zagranicznego ubezpieczenia emerytalno-rentowego lub porównywalne świadczenie dla byłych zatrudnionych w służbie publicznej										
Bezugszeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	Okres pobierania od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok										
Beantragt am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											Wniosek złożono dnia (dzień / miesiąc / rok)
Zahlende Stelle		Jednostka wypłacająca										
Aktenzeichen		Znak sprawy										
	<input type="checkbox"/> nein / nie											
	<input type="checkbox"/>											
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
	<input type="checkbox"/>											

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Oświadczenie Wnioskodawczyni/Wnioskodawcy

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.

Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.

Zapewniam, że wszystkie informacje w niniejszym formularzu i w dodatkowych załącznikach podałem/am zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia instytucji ubezpieczenia emerytalno-rentowego w przypadku zmiany mojego adresu w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia przyznania emerytury/renty.

Wyrażam zgodę na dokonanie wglądu przez właściwą instytucję ustawowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego do wszystkich akt sądowych i urzędowych dotyczących dochodzonego roszczenia, szczególnie do akt dotyczących odszkodowania.

14 Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Oświadczenie Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy o zgodności z prawdą

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nicht verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Oświadczam w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że nie zataiłem/am niczego, co mogłoby służyć do wyjaśnienia stanu sprawy. Zdaję sobie sprawę, że w razie świadomego podania fałszywych informacji mogę być pociągnięty/a do odpowiedzialności karnej.

Ort, Datum / Miejscowość i data

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers (Vorname und Name) / Podpis Wnioskodawczyni/Wnioskodawcy (imię i nazwisko)

Als Anlagen sind beigefügt:	Dołączono załączniki:
<input type="checkbox"/> Kopie des polnischen Rentenbescheides, mit dem der Anspruch auf die der Hinterbliebenenrente erstmalig oder neu festgestellt wurde, ist beigefügt	<input type="checkbox"/> Kopia polskiej decyzji rentowej o ustaleniu prawa do renty rodzinnej po raz pierwszy lub o ponownym jej ustaleniu