

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
адрес на отдела на НОИ и номер на услугата

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛИЦЕТО, КОЕТО ЖИВЕЕ В ЧУЖБИНА,
ЗА ПРАВОТО МУ ДА ПОЛУЧАВА ПОЛСКА ПЕНСИЯ ИЛИ ОБЕЗЩЕТЕНИЕ**

Instrukcja wypełnienia / Инструкция за попълване

Mieszkaś za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Живеете в чужбина и получавате пенсия или обезщетение от НОИ? Благодарение на това заявление ще можем да продължаваме да Ви изплащаме пенсията или обезщетението.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Попълнете с ГОЛЕМИ БУКВИ.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Попълнете с черен или син цвят (не молив).
3. Wypełnij sekcje „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” i „Oświadczenie”, a następnie podpisz się własnoręcznie. Jeśli nie możesz własnoręcznie podpisać formularza (np. dlatego, że masz złamaną rękę), podpis może złożyć osoba, która faktycznie się Tobą opiekuje (szczegóły wyjaśniamy w informacji dołączonej do oświadczenia). / Попълнете секцията „Твоите данни (получателя на ползите)” и „Заявление” а след това собственоръчно се подпишете. Ако не можете да подпишете формуляра собственоръчно (на пр. защото имате счупена ръка). подпис може да положи лицето, което фактически се грижи за вас (детайлите изясняваме в информацията прикрепена към заявлението).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Секция „Удостоверение на подписа” попълва лицето или институцията, която ще удостовери автентичността на положения от Вас или от Вашия настойник, подпис.

Ważne! Odeślij do nas podpisane oświadczenie na adres podany w lewym górnym rogu <do dnia X/ w ciągu Y dni od otrzymania tego formularza>. Jeśli tego nie zrobisz, będziemy musieli wstrzymać wypłatę Twojego świadczenia do czasu otrzymania tego formularza.

Важно! Изпратете ни подписано заявление на адрес посочен в левия горен ъгъл <до дата X/ в срок от Y от датата на получаване на този формуляр.> Ако не го направите ще бъдем принудени да спрем изплащането на Вашите ползи до момента, в който получим този формуляр.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Твоите данни (получател на ползите)

PESEL ЕГН	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Вид, серия и номер на документа потвърждаващ самоличността	<input type="text"/>
Data urodzenia Дата на раждане	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr ДД / ММ / ГГГГ
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Посочете, ако нямате издаден ЕГН номер
Imię Име	<input type="text"/>
Nazwisko Фамилия	<input type="text"/>
Imię ojca Име на бащата	<input type="text"/>

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać /
Допълнителна информация, която ще ни улесни да Ви идентифицираме. Не е
задължително да я давате

Twój adres zamieszkania / Ваш адрес по местоживеене

Ulica Улица	<input type="text"/>		
Numer domu Номер на къща	<input type="text"/>	Numer lokalu Номер апартамент	<input type="text"/>
Kod pocztowy Пощенски код	<input type="text"/>	Miejscowość Град	<input type="text"/>
Nazwa państwa Държава	<input type="text"/>		

Oświadczenie / Заявление

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Потвърждавам със собственоръчен подпис, че

nadal mam / все още имам

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma /
лицето посочено в секцията „Твоите данни“ (получателя на
ползите)

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę
nad świadczeniobiorcą. / Отбележете, ако сте упълномощено лице,
което е фактически настойник на получателя на ползите.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.

Право да получавам пенсия или обезщетение от НОИ.

Data
Дата

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	/	mm	/	rrrr			
дд	/	мм	/	гггг			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad
świadczeniobiorcą. / Подпис на получателя на ползите или упълномощено лице,
което е фактически настойник на получателя на ползите.

Poświadczenie podpisu / Потвърждение на подписа

Wypełnia właściwy urząd lub osoba upoważniona do potwierdzania własnoręczności podpisu w państwie, w którym mieszkasz, np. notariusz, instytucja zabezpieczenia społecznego lub upoważniony pracownik polskiej placówki dyplomatycznej lub konsularnej. / Попълва се от съответния орган или лице упълномощено да потвърждава автентичността на подписи в държавата, в която живеете на пр. нотариус, институция за социална сигурност или упълномощен служител на полско дипломатическо или консулско представителство.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Потвърждавам автентичността на подписа положен от получателя на ползите или от упълномощеното лице, което е фактически настойник на получателя на ползите.

Miejscowość
Град

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	/	mm	/	rrrr			
дд	/	мм	/	гггг			

Data
Дата

Podpis i pieczęć
Подпис и печат

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 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 (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>

Информации, за които става въпрос в чл. 13 т. 1 и 2 от Разпоредането на Европейски Парламент и Съвета (UE) 2016/679 от дата 27 април 2016 г., относно защитата на физическите лица във връзка с преработването на личните данни и относно свободното движение на такива данни и отмяната на Директивата 95/46/WE (RODO) са достъпни в централния офис и териториалните организационни звена на НОИ и на интернет страницата на НОИ на адрес <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

**do oświadczenia osoby, która mieszka za granicą,
o prawie do pobierania polskiej emerytury lub renty**

ИНФОРМАЦИЯ

**към заявлението на лицето, което живее в чужбина, за правото
му да получава полска пенсия или обезщетение**

1. Dlaczego wysyłamy Ci oświadczenie i co musisz z nim zrobić

Oświadczenie wysyłamy, ponieważ pobierasz polską emeryturę albo rentę i mieszkasz za granicą. Wypełnij je i podpisz, abyśmy mogli nadal wypłacać Ci świadczenie. Własnoręczność Twojego podpisu musi poświadczyć uprawniona osoba (zob. pytanie 4). Podpisany i poświadczony formularz odeślij w terminie i na adres, który podaliśmy na jego pierwszej stronie.

1. Защо Ви изпращаме заявлението и какво трябва да направите с него

Изпращаме заявлението защото получавате полска пенсия или обезщетение и живеете в чужбина. Попълнете го и го подпишете, за да можем да продължаваме да Ви изплащаме ползите. Автентичността на Вашия подпис трябва да бъде удостоверена от упълномощено лице (виж въпрос 4). Подписаният и удостоверен формуляр изпратете в срока и на адрес, които сме посочили на първата му страница.

2. Dlaczego musisz wypełnić formularz

Zgodnie z polskimi przepisami [1] prawo do świadczeń z ZUS ustaje:

- 1) gdy ustanie jeden z warunków wymaganych do uzyskania tego prawa,
- 2) ze śmiercią osoby uprawnionej.

Masz obowiązek potwierdzić, że masz prawo dalej pobierać to świadczenie.

2. Защо трябва да попълните формуляра

Съгласно полските закони [1] правото на получаване на ползи от НОИ се прекъсва :

- 1) когато отпадне едно от изискванията за получаване на това право,
- 2) със смъртта на упълномощеното лице.

Задължени сте да потвърдите, че продължавате да имате право за получаване на ползите.

3. Co zrobić, kiedy emeryt lub rencista nie może podpisać oświadczenia, a Ty się nim opiekujesz

Jeżeli jesteś opiekunem faktycznym świadczeniobiorcy, który nie może złożyć podpisu własnoręcznie, Ty możesz potwierdzić dalsze prawo do pobierania świadczenia, w tym celu złożysz własnoręczny podpis [2].

3. Какво да направите, ако пенсионерът или лицето, което трябва да получава обезщетение, няма възможност да подпише заявлението, а вие се грижите за него

Ако сте фактически настойник на получателя на ползите, който не може да положи подписа собственооръчно, Вие можете да потвърдите продължението на правото за получаване на ползите, за тази цел собственооръчно положете подпис [2].

4. Kto powinien poświadczyć Twój podpis

Twój podpis musi potwierdzić:

- właściwy urząd lub osoba upoważniona do potwierdzania własnoręczności podpisu w państwie, w którym mieszkasz, np. notariusz,
- upoważniony pracownik polskiej placówki dyplomatycznej lub konsularnej,
- upoważniony pracownik instytucji zabezpieczenia społecznego, jeśli pozwala na to prawo państwa, w którym mieszkasz.

4. Кой би трябвало да удостовери Вашия подпис

Вашия подпис трябва да потвърди:

- Компетентен орган или лице упълномощено да удостоверява подписи в държавата, в която живеете, на пр. нотариус,
- Упълномощен служител на полско дипломатическо или консулско представителство,
- Компетентен служител в институция за социално осигуряване, ако правото на държавата в която живеете, позволява това.

5. Co się stanie, jeśli nie dostarczysz nam oświadczenia

Jeśli nie przekażesz nam tego oświadczenia, wydamy decyzję, która wstrzyma wypłatę Twojej emerytury lub renty. Wypłatę zawiesimy [3]:

- od miesiąca, w którym wydamy decyzję w tej sprawie albo
- od następnego miesiąca, jeśli nie będziemy mogli wstrzymać wypłaty wcześniej.

Świadczenie zaczniemy wypłacać Ci od miesiąca, w którym złożysz w naszej placówce prawidłowo wypełnione oświadczenie [4].

5. Какво ще стане, ако не ни изпратите заявлението

Ако не ни предадете това заявление, ще издадем решение, което ще спре изплащането на Вашата пенсия или обезщетение. Ще спрем изплащането [3]:

- от месеца, в който издадем решението по случая или
- от следващия месец, ако не можем да спрем изплащането по-рано.

Ползите ще започнат да Ви бъдат изплащани от месеца, в който предадете в нашето представителство, правилно попълненото заявление [4].

Ważne!

Jak najszybciej poinformuj nas, jeśli zmieniły się Twoje dane, np. numer rachunku bankowego lub adres.

Важно!

Възможно най-бързо ни информирайте, ако са се променили Вашите данни на пр. номер на банковата Ви сметка или адрес.

Podstawa prawna

[1] Art. 101 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 53 ze zm.), zwana dalej ustawą emerytalną.

[2] Art. 128 ust. 1 i ust. 2 ustawy emerytalnej.

[3] Art. 134 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 ustawy emerytalnej.

[4] Art. 135 ust. 1 ustawy emerytalnej

Правно основание

[1] Чл. 101 от закона от дата 17 декември 1998 г. за пенсиите и обезщетенията от Фонда на Социалното Осигуряване (ДВ. от 2020 г., поз. 53 с промените.), по нататък наричан Закон за Пенсиите.

[2] Чл. 128 сек. 1 и сек. 2 от Закона за Пенсиите.

[3] Чл. 134 сек. 1 т. 2 и сек. 2 т.2 от Закона за Пенсиите.

[4] Чл. 135 сек. 1 от Закона за Пенсиите.