

**ZAINTERESOWANY WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE.**

Jeżeli Pan/i/ ubiega się o przyznanie jednocześnie emerytury i renty inwalidzkiej należy wyraz „nie” skreślić w odniesieniu do obu wnioskowanych świadczeń

**WNIOSEK o przyznanie:****emerytury - TAK – NIE<sup>\*)</sup>****renty inwalidzkiej - TAK – NIE<sup>\*)</sup>**

na podstawie ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2016 r. poz. 708, z późn. zm.).

<b>A. ADNOTACJE URZĘDOWE</b>			
<b>A.1.</b>	Wniosek do komórki kadrowej wpłynął dnia _____ Został zarejestrowany pod numerem _____  _____	(pieczętka służbowa i podpis)	
<b>A.2.</b>	Wniosek do organu emerytalnego wpłynął dnia _____ Został zarejestrowany pod numerem _____  _____	(pieczętka służbowa i podpis)	
<b>A.3.</b>	Identyfikator świadczenia KR _____		
<b>B. DANE DOTYCZĄCE ZAINTERESOWANEGO</b>			
<b>B.1. DANE PERSONALNE</b>			
Nazwisko		Pierwsze imię	
Drugie imię		Imię ojca	
Imię matki		Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok) [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]	
Miejsce (miejscowość) urodzenia		Nazwisko rodowe	
Płeć (wpisać: K- kobieta, M- mężczyzna)		Obywatelstwo	
Rodzaj dowodu stwierdzającego tożsamość		Seria i numer dowodu stwierdzającego tożsamość	
Numer PESEL [ ]		Identyfikator podatkowy NIP <sup>**)</sup> [ ]	
<b>B.2. MIEJSCE ZAMELDOWANIA</b>			
Adres ten będzie równocześnie adresem do korespondencji. W przypadku wskazania innego adresu do korespondencji albo wyznaczenia innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia należy dołączyć odrębny dokument.			
Kraj	Województwo		Powiat
Gmina lub dzielnica - gmina			Miejscowość
Ulica		Nr domu	Nr lokalu

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*)</sup> NIP- wypełnić **wyłącznie** w przypadku, gdy NIP jest Pana(i) identyfikatorem podatkowym w rozumieniu przepisów ustawy z 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz. U. z 2017 r. poz. 869)

Kod pocztowy	Poczta	Skrytka pocztowa	Telefon
Urząd skarbowy właściwy według Pana(i) miejsca zamieszkania			
<b>B.3. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA PRZEKAZYWANIA ŚWIADCZENIA</b>			
Na osobisty rachunek bankowy		TAK - NIE *)	
- pełna nazwa banku (oddziału)			
- pełny numer rachunku bankowego w standardzie IBAN (wraz z BIC, jeżeli ww. zamieszkuje w państwach UE lub EFTA)			
Za pośrednictwem urzędu pocztowego pod wskazanym adresem:		TAK - NIE *)	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
<b>B.4. DANE ZWIĄZANE ZE SŁUŻBĄ</b>			
Stopień		Ostatnio zajmowane stanowisko	
Jednostka, w której pełnił ostatnio służbę			
Data zwolnienia ze służby (dzień - miesiąc - rok) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>[ ] [ ] [ ]</span> <span>[ ] [ ] [ ]</span> <span>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</span> </div>		Podstawa zwolnienia art. _____ ust. _____ pkt _____ ustawy o _____	
<b>B.5. DANE O STANIE ZDROWIA</b>			
a) Inwalidztwo ustaliła _____ Rejonowa (Centralna *) Komisja Lekarska w _____ orzeczeniem nr _____ z dnia [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			
b) Grupa inwalidztwa:            I            -            II            -            III*)			
c) Inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą			TAK - NIE*)
d) Inwalidztwo powstało wskutek wypadku pozostającego w związku ze służbą			TAK - NIE*)
e) Inwalidztwo powstało wskutek chorób powstałych w związku ze szczególnymi właściwościami bądź warunkami służby			TAK - NIE*)
f) Wnioskodawca jest niezdolny do samodzielnej egzystencji			TAK - NIE*)
g) Ubiegam się o przyznanie zwiększenia do emerytury z tytułu inwalidztwa pozostającego w związku ze służbą			TAK - NIE*)
h) Proszę o skierowanie na badanie przez komisję lekarską			TAK - NIE*)
i) Otrzymałem(am) skierowanie na badanie przez komisję lekarską			TAK - NIE*)

\*) niepotrzebne skreślić

<b>B.6. OKRESY SŁUŻBY</b>						
od			do			Rodzaj służby
dzień	miesiąc	rok	dzień	miesiąc	rok	

  

<b>B.7. OKRESY SKŁADKOWE</b>						
od		do		Miejsce pracy	Rodzaj dowodu	
dzień	m-c rok	dzień	m-c rok			

  

<b>B.8. OKRESY NIESKŁADKOWE</b>						
od		do		Rodzaj	Rodzaj dowodu	
dzień	m-c rok	dzień	m-c rok			

  

<b>B.9. DANE ZWIĄZANE Z PRAWEM DO ŚWIADCZENIA EMERYTALNEGO I JEGO WYSOKOŚCIĄ</b>	
a) Posiadam okresy ubezpieczenia przebyte za granicą (jeżeli TAK, należy wypełnić: „ZAŁĄCZNIK (2) DO WNIOSKU o przyznanie emerytury *) – renty inwalidzkiej* )	TAK - NIE*)
b) Po zwolnieniu ze służby przez okres roku będę pobierał świadczenie pieniężne na podstawie art. _____ ustawy z dnia _____ (jeżeli TAK, należy wypełnić druk oświadczenia)	TAK - NIE*)
c) Pobieram już inne świadczenie emerytalne lub rentowe, uposażenie w stanie spoczynku, uposażenie rodzinne, świadczenie przedemerytalne, rentę strukturalną, świadczenia pieniężne finansowane z Funduszu Pracy lub inne świadczenie pieniężne. Jeżeli TAK, to podać numer świadczenia, od kiedy, w jakiej wysokości i z jakiej instytucji (dotyczy również świadczeń pobieranych z instytucji zagranicznych)	TAK - NIE*)
d) Zgłaszałem już wniosek o emeryturę – rentę*). Jeżeli TAK, to kiedy i do jakiej instytucji – podać numer. Podać także numer decyzji odmownej, jeśli taka zapadła _____	TAK - NIE*)
e) Jestem członkiem otwartego funduszu emerytalnego?. Jeżeli TAK, podać nazwę _____	TAK - NIE*)
f) Po zwolnieniu ze służby osiągam (będę osiągał) przychód z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego w rozumieniu przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Jeżeli TAK, podać ich wysokość, okres osiągania oraz nazwę i adres płatnika _____	TAK - NIE*)

\*) niepotrzebne skreślić

<b>C.</b>	<b>DO WNIOSKU DOŁĄCZAM (podać liczbę załączników)</b>	
<b>D.</b>	<b>ZOBOWIĄZANIE I PODPIS ZAINTERESOWANEGO</b>	
	Zobowiązuję się powiadomić organ emerytalny o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do świadczenia policyjnego oraz jego wysokość, jeśli przed wydaniem decyzji zajdą jakiegokolwiek zmiany w podanych wyżej informacjach.	
	_____	_____
	(miejsowość i data)	(podpis wnioskodawcy)
<b>E.</b>	<b>POTWIERDZENIE KOMÓRKI KADROWEJ LUB ORGANU EMERYTALNEGO<sup>*)</sup></b>	
	Na podstawie okazanego dowodu stwierdzającego tożsamość poświadczam się, że dane zawarte w części B.1. (oprócz NIP) są zgodne z dokonanymi wpisami.	
	_____	_____
	(miejsowość i data)	(pieczęć służbowa i podpis przyjmującego wniosek)

### P O U C Z E N I E

**I. W celu potwierdzenia danych zawartych we wniosku zainteresowany powinien:**

1. okazać dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość,
2. dołączyć oryginały dokumentów lub pisemnych zeznań świadków, stwierdzające okresy składkowe (w tym także przebyte za granicą) oraz dokumenty stwierdzające okresy nieskładkowe, a także inne dokumenty stanowiące podstawę do ustalenia wysokości świadczenia (zaświadczenia, rozkazy służbowe, decyzje innych urzędów, legitymacje),
3. dołączyć zaświadczenia potwierdzające okresy służby wojskowej,
4. dołączyć zaświadczenie o przebiegu poprzedniej służby, której nie potwierdziła komórka kadrowa właściwa ze względu na ostatnie miejsce pełnienia służby,
5. przedłożyć zawiadomienie o osiągniętych przychodach,
6. przedłożyć legitymację emeryta – rencisty, odcinek przekazu pieniężnego lub wyciągu bankowego, jeżeli otrzymuje świadczenie emerytalne, rentowe.

**II. W przypadku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego członków Pani(a) rodziny do wniosku należy dołączyć wypełniony formularz ZUS ZCNA.**

**III. Dane osobowe Pani(a) podlegają ochronie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).**

**IV. Numer NIP należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy NIP jest Pana(i) identyfikatorem podatkowym w rozumieniu przepisów ustawy z 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz. U. z 2017 r. poz. 869, z późn. zm.)**

**V. Jeżeli Pan(i) nie powiadomił(a) o tym, że posiadał okresy ubezpieczenia w innych państwach członkowskich, mimo że został o taką informację poproszony (ppkt a. pkt B.9), dzień, w którym Pan(i) uzupełni wniosek pierwotny lub złoży nowy wniosek obejmujący brakujące okresy zatrudnienia lub zamieszkania w danym państwie członkowskim, uznany zostaje za dzień złożenia wniosku do instytucji stosującej dane ustawodawstwo, z zastrzeżeniem korzystniejszych przepisów tego ustawodawstwa.**

### I N F O R M A C J A

1. Podstawę wymiaru emerytury lub renty inwalidzkiej stanowi uposażenie zasadnicze wraz z dodatkami o charakterze stałym i miesięczną wartością nagrody rocznej należne funkcjonariuszowi na ostatnio zajmowanym stanowisku.
2. Podstawę wymiaru renty inwalidzkiej dla funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Państwowej Straży Pożarnej w służbie kandydackiej stanowi odpowiednie uposażenie zasadnicze przewidziane dla najniższego stanowiska służbowego wraz z dodatkiem za posiadany stopień, z miesiąca, w którym nastąpiło zwolnienie funkcjonariusza ze służby.
3. W przypadku ponownego przyjęcia emeryta do służby w Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i pełnienia tej służby nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, na wniosek emeryta ustala się nową podstawę wymiaru emerytury.
4. Emerytury i renty oraz podstawy ich wymiaru podlegają waloryzacji na zasadach i w terminach przewidzianych w przepisach ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
5. Jeżeli w okresie między zwolnieniem ze służby a ustaleniem prawa do emerytury lub renty inwalidzkiej przypadały waloryzacje emerytur i rent inwalidzkich, podstawę wymiaru tych świadczeń podwyższa się wskaźnikami wszystkich kolejnych waloryzacji przypadających w tym okresie.
6. Emerytury lub renty nie wypłaca się za okres, za który funkcjonariusz otrzymał uposażenie lub świadczenie pieniężne przysługujące po zwolnieniu ze służby.
7. W razie zbiegu u jednej osoby prawa do policyjnej emerytury i renty inwalidzkiej, Zakład wypłaca świadczenie korzystniejsze. Świadczeniobiorca może złożyć odrębny wniosek o wypłatę innego świadczenia.

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić