

# WNIOSEK

## o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji

Na podstawie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1936, z późn. zm.) **wnoszę o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla**

**KR**

(nazwisko i imię wnioskodawcy)

(proszę podać nr świadczenia policyjnego)

<b>A. ADNOTACJE URZĘDOWE (wypełnia organ emerytalny)</b>				
Wniosek do organu emerytalnego wpłynął dnia _____				
				(pieczęć służbowa i podpis)
Został zarejestrowany po numerem _____				
<b>B. DANE WNIOSKODAWCY – emeryta/rencisty/osoby uprawnionej do renty rodzinnej<sup>*)</sup></b>				
<b>B.1. DANE PERSONALNE</b>				
Nazwisko			Pierwsze imię	
Data urodzenia		Numer PESEL		
Imię ojca		Imię matki		
Rodzaj dowodu stwierdzającego tożsamość		Seria i numer dowodu stwierdzającego tożsamość		
Obywatelstwo	Telefon kontaktowy		Adres email	
<b>B.2. ADRES ZAMIESZKANIA</b>				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta		
<b>B.2. ADRES MIEJSCA POBYTU (proszę podać, jeżeli Pan/Pani nie posiada miejsca zamieszkania)</b>				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta		
<b>B.2. ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</b>				
Kraj	Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta		

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

C. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY - Ubiegającego się o przyznanie i wypłatę świadczenia uzupełniającego dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji:		
<b>C.1.</b>	<p>Czy poza policyjną emeryturą/rentą inwalidzką/rentą rodzinną wypłacaną przez ZER MSWiA pobiera Pan/Pani inne świadczenia pieniężne finansowane ze środków publicznych o charakterze innym niż jednorazowe? Jeżeli tak, to proszę podać:</p> <p>1. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____</p> <p>– <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę instytucji</b> _____</p> <p>– <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p>2. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____</p> <p>– <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę instytucji</b> _____</p> <p>– <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p>3. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____</p> <p>– <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę instytucji</b> _____</p> <p>– <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p>4. <b>rodzaj pobieranego świadczenia</b> _____</p> <p>– <b>nazwę instytucji wypłacającej świadczenie</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę instytucji</b> _____</p> <p>– <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p> <p><sup>1)</sup> miesięczna wysokość pobieranego świadczenia, tj. wysokość świadczenia przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń</p>	<b>TAK – NIE<sup>*)</sup></b>
<b>C.2.</b>	<p>Czy poza policyjną emeryturą/rentą inwalidzką/rentą rodzinną wypłacaną przez ZER MSWiA posiada Pan/Pani prawo do świadczenia z zagranicznej instytucji emerytalno-rentowej lub ubiega się Pan/Pani o zagraniczne świadczenie emerytalno-rentowe?</p> <p>Jeżeli tak, to proszę dołączyć dokument potwierdzający prawo i wysokość świadczenia zagranicznego wydany przez instytucję zagraniczną oraz proszę podać:</p> <p>– <b>rodzaj świadczenia</b> _____</p> <p>– <b>nazwę zagranicznej instytucji wypłacającej/rozpatrującej wniosek o świadczenie</b> _____</p> <p>– <b>nazwę kraju, który wypłaca Pani/Panu (rozpatruje wniosek) oświadczenie:</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę instytucji</b> _____</p> <p>– <b>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia<sup>1)</sup></b> _____</p>	<b>TAK – NIE<sup>*)</sup></b>
<b>C.3.</b>	<p>Czy złożył/a Pan/Pani wniosek i ubiega się o inne świadczenie pieniężne finansowane ze środków publicznych? Jeżeli tak, to proszę podać:</p> <p>– <b>rodzaj świadczenia</b> _____</p> <p>– <b>nazwę instytucji, do której został złożony wniosek</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę instytucji</b> _____</p>	<b>TAK – NIE<sup>*)</sup></b>
<b>C.4.</b>	<p>Czy wniosek o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji złożył Pan/Pani również w innym organie emerytalno-rentowy, np. ZUS, KRUS, WBE, BE SW? Jeżeli tak, to proszę podać:</p> <p>– <b>nazwę organu</b> _____</p> <p>– <b>miejsce – siedzibę organu</b> _____</p>	<b>TAK – NIE<sup>*)</sup></b>
<b>C.5.</b>	Czy przebywa Pan/Pani w areszcie śledczym lub zakładzie karnym?	<b>TAK – NIE<sup>*)</sup></b>

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

D. DANE O STANIE ZDROWIA WNIOSKODAWCY	
<p><b>Czy posiada Pan/Pani niżej wymienione orzeczenie? Jeżeli tak, to proszę właściwe zaznaczyć:</b></p> <p><input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,</p> <p><input type="checkbox"/> niezdolności do samodzielnej egzystencji,</p> <p><input type="checkbox"/> orzeczenie o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji,</p> <p><input type="checkbox"/> orzeczenie o całkowitej niezdolności w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji.</p>	TAK – NIE <sup>*)</sup>
<b>Czy orzeczenie jest w posiadaniu ZER MSWiA?</b>	TAK – NIE <sup>*)</sup>
<b>Czy do wniosku załącza Pan/Pani orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji?</b>	TAK – NIE <sup>*)</sup>
<p><b>Czy prosi Pan/Pani o skierowanie na badanie celem ustalenia stanu zdrowia i wydania orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji?</b></p> <p>Jeżeli TAK – to do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego leczenie.</p> <p><b>Druk - Zaświadczenia o stanie zdrowia ZDR/2019 – dostępny jest na stronie internetowej Zakładu: <a href="http://www.zer.mswia.gov.pl">www.zer.mswia.gov.pl</a> w zakładce Formularze.</b></p>	TAK – NIE <sup>*)</sup>
<p style="text-align: center;"><b>POUCZENIE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Zgodnie z art. 7 ust 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1936, z późn. zm.), jest Pan(i) zobowiązany(a) do informowania organu emerytalnego o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo lub wysokość świadczenia uzupełniającego i przedkładania żądanych środków dowodowych.</li> <li>Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem osoby, która odbywa karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.</li> <li>Osoba, która pobrała nienależnie świadczenie uzupełniające jest zobowiązana do jego zwrotu.</li> <li>Za nienależnie pobrane świadczenie uzupełniające uważa się świadczenie:             <ol style="list-style-type: none"> <li>wypłacone mimo ustania okoliczności będących podstawą jego przyznania, jeżeli osoba pobierająca to świadczenie była pouczona o braku prawa do jego pobierania,</li> <li>wypłacone mimo zmiany okoliczności będących podstawą do ustalenia jego wysokości, jeżeli osoba pobierająca to świadczenie była pouczona o okolicznościach mających wpływ na zmianę wysokości świadczenia,</li> <li>przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenie,</li> <li>przyznane na podstawie decyzji, której nieważność następnie stwierdzono, albo przyznane na podstawie decyzji, która została następnie uchylona w wyniku wznowienia postępowania, i osobie odmówiono prawa do świadczenia,</li> <li>wypłacone osobie innej niż osoba, która została wskazana w decyzji przyznającej świadczenie, z przyczyn niezależnych od organu właściwego.</li> </ol> </li> <li>Od kwot nienależnie pobranego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w pkt 4 ppkt 1, 3 i 5 Pouczenia, zostaną naliczone odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.</li> <li>Na stronie internetowej ZER MSWiA pod adresem: <a href="http://zer.mswia.gov.pl/zer/informacje/rodo">http://zer.mswia.gov.pl/zer/informacje/rodo</a> zamieszczone są informacje o przetwarzaniu danych zgodnie z postanowieniami 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.</li> </ol>	
<b>E. ZAŁĄCZNIKI</b>	
Do wniosku dołączam:	
<p><b>Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.</b></p>	
..... (miejscowość, data)	..... (podpis wnioskodawcy/pełnomocnika)

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

## INFORMACJA

1. Ustalenie prawa do świadczenia uzupełniającego następuje na wniosek osoby uprawnionej składany odpowiednio do **organu wypłacającego świadczenie emerytalno-rentowe lub rentę socjalną**, a w przypadku osób niepobierających świadczeń emerytalno-rentowych - do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
2. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są:
  - obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej lub
  - posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub
  - cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Świadczenie uzupełniające przysługuje od miesiąca, w którym zostały spełnione warunki wymagane do jego przyznania, nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o to świadczenie.
4. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom uprawnionym, które:
  - 1) **ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona:**
    - a) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
    - b) orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
    - c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
    - d) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji**oraz**
  - 2) **nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych, albo suma tych świadczeń o charakterze innym niż jednorazowe, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych, z wyłączeniem:**
    - a) renty rodzinnej przyznanej w okolicznościach, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, z późn. zm.), **tj. renty przyznanej osobom całkowicie niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolnym do pracy w okresie do 16 roku życia albo, jeżeli przekroczyły 16 lat życia do ukończenia nauki w szkole nie dłużej niż do ukończenia 25 roku życia,**
    - b) **zasiłku pielęgnacyjnego oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń, nie przekracza kwoty 1 772,08 zł miesięcznie.**
5. Świadczenie uzupełniające przysługuje osobie uprawnionej w wysokości **nie wyższej niż 500 zł** miesięcznie, przy czym łączna kwota świadczenia uzupełniającego i świadczeń, o których mowa w pkt 4.2 niniejszej Informacji (w tym pobieranej emerytury/renty), **nie może przekroczyć odpowiednio kwoty 1 772,08 zł miesięcznie** z zastrzeżeniem wyłączeń, wymienionych w ww. punkcie, tj. renty rodzinnej, o której mowa w pkt 4.2 lit. a) oraz zasiłku pielęgnacyjnego i innych dodatków, o których mowa w pkt 4.2 lit. b) niniejszej Informacji.
6. W razie przyznania, ustania lub ponownego obliczenia wysokości świadczeń, o których mowa w pkt 4.2 niniejszej Informacji, świadczenie uzupełniające podlega ponownemu obliczeniu z urzędu, w taki sposób, aby łączna kwota świadczeń, o których mowa w pkt 4.2 niniejszej Informacji, wraz ze świadczeniem uzupełniającym, nie przekroczyła miesięcznie łącznej kwoty wymienionej w pkt 5 niniejszej Informacji, z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w pkt 4.2 lit. a) i lit. b) niniejszej Informacji.
7. Świadczenie uzupełniające jest zwolnione z poboru podatku dochodowego od osób fizycznych.
8. Ze świadczenia uzupełniającego nie jest pobierana składka na ubezpieczenie zdrowotne.
9. Ze świadczenia uzupełniającego nie dokonuje się potrąceń i egzekucji.
10. W przypadku wydania orzeczenia, o którym mowa w pkt 4.1 niniejszej Informacji, świadczenie uzupełniające przysługuje od miesiąca złożenia wniosku o świadczenie uzupełniające.
11. Ustalenie prawa do świadczenia uzupełniającego następuje w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.
12. W razie zbiegu prawa do świadczeń, wypłacanych przez różne organy decyzje w sprawie świadczenia uzupełniającego wydaje i świadczenie to wypłaca ten organ, który wypłaca dodatek pielęgnacyjny.