

**WNIOSEK  
O POLSKĄ RENTĘ RODZINNA  
APPLICATION  
FOR A POLISH SURVIVOR'S PENSION**

Formularz w pkt od 1 do 9 wypełnia wnioskodawca drukowanymi literami wpisując tekst w miejscach wykropkowanych oraz zaznaczając krzyżykiem odpowiednią kratkę.  
Formularz w pkt 10 wypełnia instytucja kanadyjska.

*Applicants must complete Sections 1 to 9 of the form in block letters using the dotted lines and placing a cross in boxes.  
The Canadian competent institution completes section 10 of this form.*

1.	Informacje dotyczące zmarłej osoby ubezpieczonej/ <i>Information concerning the deceased contributor</i>	
1.1	Nazwisko/ <i>Family name</i> .....	
1.2	Nazwisko rodowe/ <i>Family name at birth</i> .....	
1.3	Imiona/ <i>Given names</i> .....	
1.4	Data urodzenia/ <i>Date of birth</i>                     (1)	Miejsce urodzenia/ <i>Place of birth</i> .....
1.5	Imię ojca/ <i>Father's given name</i> .....	Imię matki/ <i>Mother's given name</i> .....
1.6	Płeć/ <i>Sexe</i> <input type="checkbox"/> mężczyzna/ <i>male</i> <input type="checkbox"/> kobieta/ <i>female</i>	
1.7	Stan cywilny/ <i>Etat civil</i> <input type="checkbox"/> wolny/a <i>single</i> <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna <i>married</i> <input type="checkbox"/> rozwiedziony/a <i>divorced</i> <input type="checkbox"/> w separacji <i>separated</i> <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <i>widowed</i>	
1.8	Ostatni adres zamieszkania w Polsce/ <i>Last home address in Poland</i> .....	
1.9	Numer identyfikacyjny w Polsce (2)/ <i>Polish Identification Number</i> (2) .....	
1.10	Numer ubezpieczenia w Kanadzie/ <i>Canadian Social Insurance Number</i> .....	
1.11	Data zgonu/ <i>Date of death</i>                     (1)	Miejsce zgonu/ <i>Place of death</i> .....

2.	Informacje dodatkowe o zmarłej osobie ubezpieczonej/ <i>Additional information about the deceased insured person</i>	
2.1	W dniu zgonu osoba ubezpieczona/ <i>At his/her death, the deceased insured person:</i> <input type="checkbox"/> nadal wykonywała <i>was still performing a paid work</i> <input type="checkbox"/> nie wykonywała już pracy zarobkowej <i>was not performing a paid work</i>	
	Osoba ubezpieczona miała ustalone prawo do polskiej emerytury-renty z tytułu niezdolności do pracy-świadczania przedemerytalnego/ <i>At the time of his/her death, was the deceased insured person was receiving a Polish Retirement Pension for his/her inability to work?</i>	
	<input type="checkbox"/> tak/ <i>yes</i> <input type="checkbox"/> nie/ <i>no</i> Jeśli tak, podać/ <i>If yes, please indicate:</i> nazwę instytucji/ <i>name of the institution</i> .....	
	adres instytucji/ <i>address of the institution</i> .....	
	numer sprawy/ <i>file number</i> .....	
2.3	Osoba ubezpieczona miała ustalony kapitał początkowy (3) <input type="checkbox"/> tak/ <i>yes</i> <input type="checkbox"/> nie/ <i>no</i> <i>Was the deceased insured person was given the initial capital? (3)</i>	
	Jeśli tak, należy podać oddział ZUS <i>If yes, please indicate with which ZUS unit</i> .....	

- 2.4 Zgon osoby ubezpieczonej był następstwem/ *Was the death of the insured person was caused by:*
- wypadku przy pracy lub choroby zawodowej  tak <sup>(4)</sup>/ yes <sup>(4)</sup>  nie/ no  
*a work related accident or an occupational disease*
- wypadku w drodze do pracy lub z pracy  tak <sup>(5)</sup>/ yes <sup>(5)</sup>  nie/ no  
*an accident on the way to or from work*
- 2.5 Zgon osoby ubezpieczonej był następstwem wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej <sup>(6)</sup>  
*Was the death of the insured person caused by an agricultural work related accident or an agricultural occupational disease? <sup>(6)</sup>*
- tak <sup>(7)</sup>/ yes <sup>(7)</sup>  nie/ no

3. Informacje dotyczące  wnioskodawcy <sup>(8)</sup>  opiekuna prawnego małoletnich dzieci <sup>(9)</sup>  
*Information concerning the applicant <sup>(8)</sup> legal guardian of children <sup>(9)</sup>*

3.1 Nazwisko/ *Family name* .....

3.2 Nazwisko rodowe/ *Family name at birth* .....

3.3 Imiona/ *Given names* .....

3.4 Data urodzenia/ *Date of birth* | | | | | | | | | | | | <sup>(1)</sup> Miejsce urodzenia/ *Place of birth* .....

3.5 Imię ojca/ *Father's given name* ..... Imię matki/ *Mother's given name* .....

3.6 Płeć/ *Sex*  mężczyzna/ *male*  kobieta/ *female*

3.7 Stan cywilny/ *Etat civil*

wolny/a *single*  żonaty/zamężna *married*  rozwiedziony/a *divorced*

w separacji *separated*  wdowiec/ wdowa *widowed*

3.8 Data zawarcia związku małżeńskiego <sup>(10)</sup> / *Date of marriage* <sup>(10)</sup> | | | | | | | | | | | | <sup>(1)</sup>

3.9 Stopień pokrewieństwa ze zmarłym/ *Relationship to deceased* .....

3.10 Adres zamieszkania w Kanadzie/ *Current address in Canada* .....

.....

3.11 Ostatni adres zamieszkania w Polsce/ *Last home address in Poland* .....

.....

3.12 Numer identyfikacyjny w Polsce <sup>(2)</sup>/ *Polish Identification Number* <sup>(2)</sup> .....

3.13 Numer ubezpieczenia w Kanadzie/ *Canadian Social Insurance Number* .....

**4.** Informacje dotyczące małoletnich dzieci ubiegających się o polską rentę rodzinną  
*Information about the children applying for a Polish survivor's pension*

4.1	Nazwisko i imię <i>Family name and Given names</i>	Data urodzenia <i>Date of birth</i>	Numer identyfikacyjny w Polsce <sup>(2)</sup> <i>Polish Identification Number <sup>(2)</sup></i>	Stosunek pokrewieństwa <sup>(11)</sup> <i>Relationship to deceased <sup>(11)</sup></i>	Nazwa szkoły lub uczelni <sup>(12)</sup> <i>Name of school, college or university <sup>(12)</sup></i>	Czy jest całkowicie niezdolne do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy <i>Please indicate whether the child is totally unable to work and needs assistance from another person or is totally incapacitated for work</i>

**4.2** Adres/ Address .....  
 .....

**4.3** W przypadku dzieci przyjętych na wychowanie i utrzymanie przed ukończeniem 18 roku życia, wnuków, braci i sióstr lub innych dzieci, w tym w ramach rodziny zastępczej należy podać:  
*In the case of: children taken into custody before their 18th birthday, grandchildren, brothers, sisters or others; please indicate:*

Dokładną datę przyjęcia na wychowanie i utrzymanie \_\_\_\_\_ (1)  
*Exact date when you took custody of this child*

Czy rodzice dziecka żyją  tak/ yes       nie/ no  
*Does the child's parents still alive?*

Jeżeli tak, należy odpowiedzieć na poniższe pytania  
*If yes, please answer the following questions:*

Czy mogą zapewnić mu utrzymanie  tak/ yes       nie/ no  
*Can they provide care?*

Czy zmarła osoba lub jej małżonka/mąż był ustanowiony przez sąd opiekunem dziecka?  
*Was the deceased insured person or his/her spouse established by the courts as a guardian of the child?*  
 tak/ yes       nie/ no

Czy dziecko ma prawo do renty po zmarłych rodzicach?  
*Does the child have the right to a pension after his/her parents died?*  
 tak/ yes       nie/ no

**5.** Informacje dotyczące przebiegu ubezpieczenia zmarłej osoby ubezpieczonej  
*Information concerning the insurance periods of the deceased insured person*

W okresie/ During which periods		<p>Podać kolejno, co zmarła osoba ubezpieczona robiła od ukończenia 15 lat życia: studia, praca najemna, praca na własny rachunek, służba wojskowa, pozostawanie bez pracy, wychowywanie dzieci <sup>(13)</sup></p> <p><i>Please indicate in chronological order information on the deceased's career from age 15: studies, work and self-employment, military service, inactivity, parental leave <sup>(13)</sup></i></p>	<p>Dokładnie określić rodzaj wykonywanego zawodu lub pracy <i>Please specify the nature of profession or activity</i></p>	<p>Państwo wykonywanej pracy <i>Country where the profession or activity occurred</i></p>	<p>Wymienić dołączone dowody <sup>(14)</sup> <i>Please list the documents attached <sup>(14)</sup></i></p>
od/ From (rok-miesiąc-dzień) <i>(year-month-day)</i>	do/ To (rok-miesiąc-dzień) <i>(year-month-day)</i>				

6. Ustalenie podstawy wymiaru świadczenia, jakie przysługiwałoby osobie zmarłej <sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup>  
*Determination of base benefits payable to the applicant* <sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup>

6.1 Do ustalenia podstawy wymiaru świadczenia proszę przyjąć/ *To determine the base of the benefit, please choose:*

- przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie 10 kolejnych lat kalendarzowych, wybranych z ostatnich 20 lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok zgłoszenia wniosku, tj. od ..... do .....

*the average basis of the contributions made to the social insurance, pension or inability to work scheme under the Polish law within 10 consecutive calendar years chosen from the past 20 calendar years immediately preceding the year of notification of the proposal from ..... to .....*

- przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie 20 lat kalendarzowych przypadających przed rokiem zgłoszenia wniosku, wybranych z całego okresu podlegania ubezpieczeniu/

*the average basis of the contribution made to the social insurance, pension or inability to work scheme under the Polish law chosen from 20 calendar years immediately preceding the year of filing the application and selected through all of your insurance periods.*

- przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie 10 kolejnych lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok, w którym osoba zmarła rozpoczęła ubezpieczenie za granicą po raz pierwszy, ponieważ w okresie 20 lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok zgłoszenia wniosku nie była ubezpieczona w Polsce/

*the average basis of the contributions made to the social insurance, pension or inability to work scheme under the Polish law within 10 consecutive calendar years preceding the year the deceased first registered to social insurance abroad, because during the period of 20 calendar years immediately preceding the year of filing the application, the deceased has not contributed to any social insurance scheme in Poland*

- podstawę wymiaru składki na podstawie przepisów prawa polskiego z okresu faktycznego podlegania ubezpieczeniu, tj. od ..... do .....

*the average basis of the contribution base as required by Polish law during the period of insurance from ..... to .....*

- podstawę wymiaru emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy osoby zmarłej/

*the average basis of benefits previously collected from social insurance, pension or inability to work scheme by the deceased insured person.*

Jeżeli Pan/i nie zaznaczy odpowiedniej kratki, podstawa wymiaru renty zostanie ustalona przez ZUS na podstawie przedłożonych dokumentów – w wariantcie najkorzystniejszym./

*If you do not mark the appropriate boxes, the base-retirement pension will be determined by the ZUS on the basis of the submitted documents and at the most advantageous option for the applicant.*

7. Oświadczenie wnioskodawcy <sup>(8)</sup> / *Declaration of the applicant* <sup>(8)</sup>

Oświadczam, że/ *I declare that:*

7.1 Do dnia zgonu współmałżonka istniała wspólność małżeńska <sup>(17)</sup> / *The conjugal partnership existed until the death of the spouse* <sup>(17)</sup>

- tak/ yes       nie/ no

Jeśli nie, należy podać, czy w chwili śmierci współmałżonka było ustalone prawo do alimentów  
*If not, please specify if at the time of death, the spouse was entitled to alimony*

- tak/ yes       nie/ no

Jeśli tak, należy dołączyć wyrok sądu lub ugodę sądową lub inny dokument urzędowy będący podstawą przyznania alimentów  
*If yes, please attach the documentation about the Court ruling or any documentary proof of an agreement before the Court concerning the alimony.*

7.2 Osoba zmarła przyczyniała się do mojego utrzymania <sup>(18)</sup> / *Is the deceased insured person was involved in supporting the applicant in any way (i.e. financially)?* <sup>(18)</sup>

- tak/ yes       nie/ no

Jeśli tak, należy podać, w jaki sposób/ *If yes, how?* .....

7.3 Wychowuję dziecko zmarłej osoby w wieku do 16 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły – do 18 lat <sup>(18)</sup> / *I have custody of a child until the age of 16 or a child up to age 18 who attends school, college or university.*

- tak/ yes       nie/ no



9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem/ *I am aware of the criminal liability for making false statements and I can certify that all the information contained in this application form is true*

Data .....  
Date

Podpis wnioskodawcy .....  
Signature of the applicant

10. WYPEŁNIA INSTYTUCJA KANADYJSKA/ *TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA*

- 10.1 Potwierdzamy, że dane osobowe zawarte w tym formularzu są zgodne z danymi zawartymi w oryginalnych dokumentach przedłożonych przez wnioskodawcę./ *We confirm that the personal information contained in this form is consistent with the information contained in the original documentation submitted by the applicant.*

- 10.2 Data złożenia wniosku ..... (1)  
Date of claim

- 10.3 Pieczętka  
Stamp

- 10.4 Data .....  
Date

- 10.5 Podpis urzędnika .....  
Signature of the authorized agent

UWAGI / NOTES

- (1) Datę należy wpisać podając rok, miesiąc, dzień np. 20091201./ *Please write the date in the following order: year, month, day.*  
Example: 20091201.
- (2) Należy podać numer ewidencyjny PESEL oraz numer identyfikacji podatkowej NIP, a w razie ich braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.  
*Please indicate the identification number of the population PESEL and tax identification number PIN, or the serial number of the identity card or passport.*
- (3) Dotyczy wyłącznie osób urodzonych po 31.12.1948 r./ *Applies only to persons born after December 31, 1948.*
- (4) W odniesieniu do wypadku przy pracy należy dołączyć protokół powypadkowy sporządzony przez pracodawcę lub kartę wypadku sporządzoną przez inne właściwe podmioty dotyczącą ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku, a w odniesieniu do choroby zawodowej – decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej wydaną przez państwowego inspektora sanitarnego.  
*In case of an accident please attach a report of the accident prepared by the employer or a report established by another competent body on the circumstances and causes of this accident or in case of an occupational disease: a decision report confirming the existence of an occupational disease established by a national competent institution.*
- (5) Należy dołączyć kartę wypadku w drodze do pracy lub z pracy./ *Please provide a proof that the accident occurred on the way to or from work.*
- (6) Dotyczy wyłącznie zmarłych osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników./ *Concerns only a deceased person who was subject to social insurance of farmers.*
- (7) Należy dołączyć dokument potwierdzający rolniczą chorobę zawodową./ *Please provide evidence that the occupational disease was caused by agricultural work.*
- (8) Dotyczy pełnoletnich członków rodziny uprawnionych do polskiej renty rodzinnej, tj. wdowy/ wdowca, dzieci oraz rodziców zmarłej osoby, w tym ojczyma, macochy i osoby przysposabiającej./ *Concerns only the adult members of the family entitled to a Polish survivor's pension Example: widow/widower, children, parents of the deceased insured person including stepfather, stepmother and adoptive parents.*
- (9) Należy wypełnić następujące punkty: 3.1, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.10 i 3.12./ *Please complete the following sections: 3.1, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.10 and 3.12.*

- (10) Dotyczy tylko wdowy/ wdowca ubiegających się o polską rentę rodzinną./ *Applies only to the widow/widower seeking a Polish survivor's pension.*
- (11) Stopień pokrewieństwa należy określić jako: dzieci własne, dzieci współmałżonka lub dzieci adoptowane albo przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed ukończeniem 18 roku życia: wnuki, rodzeństwo lub inne dzieci, w tym w ramach rodziny zastępczej./ *Please specify the relationship as: applicant's children, stepchildren or adopted children or grandchildren, brothers, sisters and others, including children in alternative family supported before their 18th birthday.*
- (12) Należy dołączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły, jeżeli dziecko ukończyło 16 lat./ *Please attach proof of attendance from the school if the child has attained the age of 16.*
- (13) Osoby wykonujące pracę na własny rachunek będące rolnikami (domownikami) powinny podać miejsce położenia gospodarstwa rolnego (miejscowość, powiat, województwo)./ *Persons performing work on their own account on a farm should specify the location of the farm (town, district, province).*
- (14) Przyznanie renty uzależnione jest od udokumentowania okresów ubezpieczenia./ *It is necessary to submit the supporting documents relating to the periods of insurance in order to be entitled to a benefit.*
- Dokumentami potwierdzającymi okresy ubezpieczenia w Polsce są m.in.: zaświadczenia o zatrudnieniu wydawane przez pracodawców lub następców prawnych, legitymacje ubezpieczeniowe, dowody potwierdzające ubezpieczenie z tytułu prowadzenia działalności na własny rachunek, książeczka wojskowa, jak również zaświadczenie uczelni stwierdzające fakt ukończenia studiów wyższych i programowych ich wymiar – w przypadku nauki w szkole wyższej, skrócony akt urodzenia dziecka – w przypadku niewykonywania pracy z powodu opieki nad dzieckiem w wieku do lat 4.
- In Poland, the evidence concerning the periods of insurance are either: employment certificates issued by employers or their legal successors, insurance booklets confirming insurance under self-employment, military record, certificate issued by a college confirming the fact of having completed their studies and duration of the program, certificate of birth of a child - in case of worklessness caused by parental leave for the care of a child until the age of 4 years.*
- Dokumentami potwierdzającymi okresy prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w nim przed dniem 1.07.1977 r. są: zaświadczenie urzędu gminy lub zeznania świadków, inne.
- Evidence accepted for working periods in a farm before or on 1.07.1977 are as follows: certificate from municipal office or the testimony of witnesses.*
- Wszelkie dokumenty należy przedłożyć w oryginale albo ich kopie poświadczone przez kanadyjską instytucję ubezpieczeniową, notariusza lub konsula RP.
- All documents must be submitted in original or copies certified by the Canadian insurance institution, a notary or a consul of the Republic of Poland.*
- Nieudokumentowanie okresów ubezpieczenia w Polsce spowoduje brak możliwości ustalenia prawa do polskiego świadczenia.**
- Please note that if you do not provide documentation about your periods of insurance in Poland, the Polish competent institution will not be able to establish your right to a pension.**
- (15) Nie dotyczy osób wnoszących o polską rentę rodzinną z systemu ubezpieczenia społecznego rolników./ *Does apply to applicants for a survivor's pension from the Polish system of social insurance for farmers.*
- (16) Dla celów ustalenia podstawy wymiaru renty:
- w przypadku pracowników najemnych należy dołączyć zaświadczenie zawierające dane o podstawie wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe albo zaświadczenie o wynagrodzeniu wystawione przez pracodawcę (lub następcę prawnego) lub legitymację ubezpieczeniową zawierającą wpisy o wysokości wynagrodzenia;
  - w przypadku osób pracujących na własny rachunek należy podać numer konta płatnika składek, a jeżeli działalność była wykonywana przed objęciem jej obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym – zaświadczenie organizacji społeczno-zawodowej (np. Cechu Rzemiosł)./
- For purposes of determining the base of your retirement pension:*
- *In the case of an employee, these documents should accompany your application: a certificate containing information about the contributions to a social insurance scheme or a pension fund, a certificate of earnings issued by your employer (or successor) or an insurance card that contains entries of your salary;*
  - *In the case of the self-employed worker, please provide your account number where you paid your contributions, and if the activity was carried out before taking the compulsory social insurance – a certificate of socio-professional organizations (i.e. the Guild of Handicraft).*
- Dokumenty należy przedłożyć w oryginale albo ich kopie poświadczone przez kanadyjską instytucję ubezpieczeniową, notariusza lub konsula RP.
- All documents must be submitted in original or copies certified by the Canadian insurance institution, a notary or a consul of the Republic of Poland.*
- (17) Wspólność małżeńska to istnienie między małżonkami więzi duchowej, materialnej lub fizycznej. Środkiem dowodowym stwierdzającym jej istnienie jest oświadczenie wdowy/wdowca o zachowaniu jednej z więzi.
- Commonality is the existence of conjugal relations between spouses on spiritual, material or physical level.*
- (18) Dotyczy tylko rodziców zmarłej osoby ubiegających się o polską rentę rodzinną./ *Concerns only the parents of the deceased insured person who are claiming a survivor's pension from Poland.*
- (19) W przypadku wnioskodawcy będącego pełnoletnim dzieckiem zmarłego ubezpieczonego należy dołączyć zaświadczenie szkoły/uczelni.
- If the applicant is a child of the deceased insured person but is adult of age, a documentary proof of attendance to school, college or university needs to be provided.*
- (20) Dotyczy tylko osób pełnoletnich wnoszących o polską rentę rodzinną z systemu ubezpieczenia społecznego rolników./ *Concerns only adult applicants for a Polish survivor's pension from the Agriculture social security scheme.*
- (21) Przez „posiadanie gospodarstwa rolnego” należy rozumieć faktyczne władanie takim gospodarstwem, jak np. użytkowanie, dzierżawienie./ *The term "owner of a farm" should be understood as: the actual possession of the farm.*
- (22) Należy dołączyć zaświadczenie banku potwierdzające prowadzenie powyższego rachunku bankowego./ *Please attach the certificate from the bank confirming your banking identification and information.*