

# WNIOSEK

## O PRZYZNANIE EMERYTURY POLICYJNEJ - RENTY INWALIDZKIEJ

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 i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2016 r. , poz. 708)

Wniosek wpłynął dnia .....

Został zarejestrowany pod L.dz. ....

m.p.

(podpis)

*Wypełnia funkcjonariusz ubiegający się o emeryturę-rentę inwalidzką bądź jego pełnomocnik.*

*Przed wypełnieniem należy dokładnie zapoznać się z treścią pouczenia zamieszczonego na końcu wniosku*

### A. DANE FUNKCJONARIUSZA SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

1. Nazwisko:		Imię (imiona):	
2. Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
3. Imię ojca:		Imię matki:	
4. PESEL:	<input type="text"/>	NIP:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5. Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu:			
6. Urząd Skarbowy jakiemu podlega osoba składająca wniosek:			
7. Zgłoszenie do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:			

### B I. ADRES STAŁEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA (POBYTU)

1. Kod pocztowy:	<input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość:			
2. Województwo:		Powiat:		Gmina:	
3. Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania	
4. Nr telefonu:					

### B II. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż w części B I)

1. Kod pocztowy:	<input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość:			
2. Województwo:		Powiat:		Gmina:	
3. Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania	
4. Nr telefonu:					

### C. DANE SŁUŻBOWE

1. Posiadany stopień służbowy (w dniu zwolnienia)	
2. Stanowisko służbowe (w dniu zwolnienia)	
3. Jednostka SW, w której pełniłem(am) służbę	
4. Data zwolnienia	
5. Grupa inwalidzka	
6. Po zwolnieniu ze służby w SW pobieram* - nie pobieram* - uposażenie/a/ co miesiąc z AŚ*/ZK*/OISW*/ODK*/COSSW*/CZSW*/. ./ w .....w kwocie.....zł.....gr, od dnia.....	

7. Pobieram*/nie pobieram* świadczenie emerytalno-rentowe (rentę inwalidzką, emeryturę dożywotnią, specjalną, zagraniczną itp.) Jeśli tak to od kiedy, w jakiej wysokości, z jakiej instytucji. Podać podstawę prawną przyznanego świadczenia					
8. Po zwolnieniu ze służby (ustaleniu prawa do świadczenia) – będę*/nie będę* uzyskiwać przychody(ów*) z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej bądź prowadzenia pozarolniczej działalności w wysokości: - powodującej*/nie powodującej* zmniejszenia świadczenia					
9. Posiadam uprawnienia do:*					
<input type="checkbox"/>	dodatku pielęgnacyjnego,				
<input type="checkbox"/>	dodatku kombatanckiego,				
<input type="checkbox"/>	dodatku za tajne nauczanie,				
<input type="checkbox"/>	ryczałtu energetycznego,				
<input type="checkbox"/>	innych dodatków oraz zasiłków i świadczeń pieniężnych (podać jakich)				
<b>D. INFORMACJA O OKRESACH SŁUŻBY I INNYCH OKRESACH SKŁADKOWYCH I NIESKŁADKOWYCH UREGULOWANYCH USTAWĄ O EMERYTURACH I RENTACH Z FUS PODLEGAJĄCYCH ZALICZENIU DO WYŚŁUGI EMERYTALNEJ</b>					
1. Wnioskuje o uwzględnienie w mojej wysłudze emerytalnej następujących okresów służby, oraz okresów składkowych i nieskładkowych:					
L.p.	Od	Do	Miejsce (służby, pracy, nauki)		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
<b>E. DANE CZŁONKÓW RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>					
1. Wnioskuje o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków mojej rodziny:					
L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL	NIP
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

**F. INNE DANE NIE OBJĘTE WNIOSEM MAJĄCE ZNACZENIE DLA PRZYZNANIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA:**


**G. INFORMACJE DOTYCZĄCE SPOSOBU PRZEKAZYWANIA ŚWIADCZENIA**1.  Na rachunek bankowy:

- nazwa banku: \_\_\_\_\_

- nr rachunku: \_\_\_\_\_

2.  Na niżej podany adres domowy:

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_

Powiat: \_\_\_\_\_

Gmina: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Nr domu: \_\_\_\_\_

Nr mieszkania: \_\_\_\_\_

**H. OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**

- Oświadczam, że po przyznaniu przez organ emerytalny Służby Więziennej prawa do emerytury policyjnej (renty inwalidzkiej)\* dokonałem świadomego wyboru pobierania wnioskowanego świadczenia i tym samym tracę prawo do ubiegania się o emeryturę (rentę inwalidzką) przewidzianą w ustawie o emeryturach i rentach z FUS. 1\*
- Nadto oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą, co poświadczam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować bezzwłocznie organ emerytalny Służby Więziennej o wszelkich zmianach okoliczności objętych wnioskiem i złożonymi do wniosku dowodami mających wpływ na powstanie prawa do emerytury policyjnej (renty inwalidzkiej) \*jak i jej wysokość.
- Wraz z wnioskiem przedkładam . . . . . załączników.

\_\_\_\_\_,  
(miejscowość)

, dnia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić

1\* nie dotyczy funkcjonariusza przyjętego do służby po raz pierwszy po dniu 1 stycznia 1999 r.

**Wypełnia osoba przyjmująca wniosek**

Potwierdzam zgodność danych identyfikacyjnych z dowodem osobistym (paszportem) Seria \_\_\_\_\_

Nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(miejscowość)

, dnia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(podpis)

## **POUCZENIE**

1. Dla udokumentowania danych zamieszczonych we wniosku funkcjonariusz powinien) dołączyć następujące dokumenty:
  - świadectwo służby,
  - dokumenty stwierdzające zaliczenie okresów służby jako uprawniających do podwyższenia emerytury,
  - dokumenty stwierdzające okresy składkowe i nieskładkowe,
  - zaświadczenie stwierdzające wysokość uposażenia i innych należności dla celów emerytalno-rentowych,
  - orzeczenie komisji lekarskiej, a w przypadku funkcjonariusza, którego nie skierowano do komisji lekarskiej – protokół z warunków i przebiegu służby,
  - dokumenty niezbędne przy ustalaniu dodatków do emerytury lub renty,
  - potwierdzenie wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego (wydawane przez jednostkę SW przy zwolnieniu ze służb),
  - zawiadomienie o wysokości osiąganych przychodów z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej bądź prowadzenia pozarolniczej działalności jeżeli po zwolnieniu ze służby w SW pracuje zarobkowo,
  - zaświadczenie stwierdzające okresy służby wojskowej lub równorzędnej ,
  - o ile zachodzi potrzeba udokumentowania – zeznania co najmniej dwóch świadków potwierdzające okres zatrudnienia uwierzytelnione w sposób podany na odwrocie druku „ zeznanie świadka”,
  - o ile zachodzi potrzeba – wniosek o zgłoszenie funkcjonariusza i członków jego rodziny do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia,
2. Odpisy z akt stanu cywilnego (zaświadczenia) wydawane dla ustalenia uprawnień do świadczeń emerytalnych, jak też pisma o wydanie tych dokumentów są wolne od opłat skarbowych.

Wniosek powinien być wypełniony czytelnie i dokładnie. Na pytania należy odpowiadać jednoznacznie. Odpowiedzi niejasne spowodują konieczność prowadzenia postępowania wyjaśniającego, co opóźni wydanie decyzji.