**WNIOSEK O WYDANIE**

**ЗАЯВА НА ВИТЯГ**

**ZAŚWIADCZENIA INFORMACJI**

 **СЕРТИФІКАТИ ІНФОРМАЦІЯ**

**Z KONTA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**З РАХУНКУ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

**Instrukcja wypełniania\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebne Ci są informacje z Twojego konta w ZUS.

Zaznacz **zaświadczenie**, jeżeli inny urząd wymaga potwierdzenia danych z Twojego konta w ZUS lub zaznacz **informacja**,

jeżeli chcesz się dowiedzieć jakie dane masz na swoim koncie w ZUS.

Otrzymasz od nas zaświadczenie lub informację na ten temat.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI

2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**

3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

**Інструкція по заповненню\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Заповніть цю заявку, якщо вам потрібна інформація з вашого облікового запису ZUS.

Виберіть **сертифікат**, якщо інший офіс вимагає підтвердження даних з вашого облікового запису ZUS або виберіть **інформацію**,

якщо ви хочете дізнатися, які дані у вас є у вашому обліковому записі ZUS.

Ви отримаєте від нас сертифікат або інформацію з цього приводу.

1. Заповніть ВЕЛИКИМИ БУКВАМИ

2. Позначте прапорці значком **X**

3. Заповніть чорним або синім (не олівцем)

4. У заяві вкажіть адресу для листування

**Twoje dane**

***Ваші дані***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

ПЕСЕЛЬ

|  |
| --- |
|  |

**Rodzaj, seria i numer dokumentu**

**potwierdzającego tożsamość**

Тип, серія та номер документа

підтверджуючи вашу особу **Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu**

 (Якщо у вас немає номера PESEL, вкажіть серію та номер іншого документа)

|  |
| --- |
|  |

**Imię**

Ім’я

|  |
| --- |
|  |

**Nazwisko**

Прізвище

|  |
| --- |
|  |

**Ulica**

Вулиця

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Numer lokalu**Номер кв. |  |

 **Numer domu**

Номер дому

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Miejscowość**Місто |  |

**Kod pocztowy**

Код почтовий

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa państwa**

Назва країни

**Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski**

 Введіть, якщо ваша адреса відрізняється від польської

|  |
| --- |
|  |

**Numer telefonu**

Номер телефону

 **Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie**

 Введіть свій номер телефону - нам буде легше зв'язатися з вами у вашому випадку

**Jakie dane chcesz otrzymać**

Які дані ви хочете отримати

 **o zgłoszeniu i okresach podlegania ubezpieczeniom społecznym**

 про повідомлення та періоди соціального страхування

 **o przerwach w opłacaniu składek**

про перерви у сплаті внесків

 **o podstawach wymiaru składek**

на основі внесків

 **o zgłoszeniu przez pracodawcę informacji o wykonywaniu pracy**

 **w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i okresach**

 **pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze**

про повідомлення роботодавцем відомостей про виконання роботи

 в особливих умовах або особливого характеру та періодів

 роботи в особливих умовах або особливого характеру

 **w zakresie danych o członkostwie w otwartym funduszu emerytalnym (OFE)**

у сфері даних про членство у відкритому пенсійному фонді (OFE)

 **o składkach przekazanych do OFE za okres**

 про внески, перераховані до ОФЕ за період

|  |
| --- |
|  |

 **w innej (opisz poniżej)**

в іншому (опишіть нижче)

|  |
| --- |
| **Zaświadczenie o braku podstawy do objęcia ubezpieczeniami****społecznymi z tytułów, o których mowa w art. 6 ust.1 pkt 1-6, 8,10-20****22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń****społecznych. Proszę również o uwzględnienie informacji o ewentualn****zgłoszeniu do ubezpieczeńz tytułów zarejestrowania w PUP**Довідка про відсутність підстав для страхуваннясоціального із назвами, зазначеними у статті 1. 6 розділ 1 бали 1-6, 8, 10-2022 Закону від 13 жовтня 1998 р. про систему страхуваннясоціального. Будь ласка, також вкажіть інформацію про можливізаяви на страхування через реєстрацію в ПУП |

**Wskaż okres lub płatnika składek:**

Вкажіть період або платника внеску:

 **za okres**

за період

|  |
| --- |
|  |

 **Jeśli nie wskażesz okresu, weźmiemy pod uwagę wszystkie okresy**

 Якщо ви не вкажете період, ми розглянемо всі періоди

 **u wskazanego poniżej płatnika składek (np. pracodawcy)**

 **Jeśli nie wskażesz płatnika składek, będziemy brać pod uwagę wszystkich Twoich płatników**

з платником внесків, зазначеним нижче (наприклад, роботодавцем)

 Якщо ви не вкажете платника внеску, ми розглянемо всіх ваших платників

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NIP płatnika**

ІПН платника

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa albo imię i nazwisko płatnika**

Ім'я або ім'я та прізвище платника

|  |
| --- |
|  |

**NKP płatnika i adres siedziby płatnika**

НКП платника та адреса

місцезнаходження платника

  **NKP to numer, który nadawaliśmy płatnikom składek, którzy prowadzili działalność gospodarczą przed 1.01.1999 r. Podaj tylko wtedy, gdy potrzebujesz informacje z tego okres**

 NKP – це номер, який ми присвоїли платникам внесків, які вели бізнес до 1 січня 1999 року. Надайте лише якщо вам потрібна інформація за цей період

**Uzasadnienie wniosku**

Обґрунтування запиту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **W związku z ubieganiem się o wsparcie w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, który skierowany jest do osób bezrobotnych lub biernych zawodowo, niezbędne jest potwierdzenie mojego statusu jako osoby niepracującej w dniu wydawania zaśwaidczenia.** У зв’язку з поданням заявки на підтримку проекту, співфінансованого Європейським фондомСоціального комітету, який адресований безробітним або економічно неактивним, необхідно підтвердити мій статус непрацюючої особи на дату видачі довідки. |

**Wskaż, do jakich celów potrzebujesz zaświadczenie z Twojego konta, np. musisz je przedstawić w Powiatowym Urzędzie Pracy**

Вкажіть, для яких цілей вам потрібна довідка з вашого облікового запису, наприклад, ви повинні пред'явити її до Окружної служби зайнятості

**Sposób odbioru odpowiedzi**

Спосіб отримання відповіді\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)** у закладі ZUS (особисто або уповноваженою особою) |   **pocztą na adres wskazany** **we wniosku** поштою за вказаною адресою в додатку |   **na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)**на мій обліковий запис на платформі електронних послуг (PUE ZUS) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Czytelny podpis**

 Розбірливий підпис

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**

Інформація, про яку йдеться у ст. 13 сек. 1 і 2 Регламенту (ЄС) 2016/679 Європейського Парламенту та Ради від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб щодо обробки персональних даних та про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95/ 46 / EC (GDPR), доступні в штаб-квартирі або польових організаційних підрозділах ZUS та на веб-сайті ZUS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_