



KRYNICA ZDRÓJ dnia 16-08-2016
 miejscowość

WNIOSEK

o emeryturę rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy
 dla właściciela współwłaściciela posiadacza gospodarstwa rolnego (działu specjalnego)
 z tytułu pracy w gospodarstwie rolnym wypadku przy pracy rolniczej rolniczej choroby zawodowej
 (zakreślić znakiem „X” właściwe kwadraty)

I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO (WNIOSKODAWCY)

Nazwisko (mężatki podają również nazwisko panieńskie) MORSKI	Pierwsze i drugie imię TYMOTEUSZ JAN	Data urodzenia 17.07.1966
	Imiona rodziców JAN ZOFIA	

Adres zamieszkania
 KORKI - 16 28-300 KRYNICA ZDRÓJ
 miejscowość ulica nr domu kod poczta

Nr ewidencyjny PESEL 66071712345 Stan cywilny KAWALER

Nr identyfikacji podatkowej NIP 656-123-4567 Data zawarcia związku małżeńskiego -

Oddział woj. NFZ MATOPOLSKIE Nr

II. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO (WNIOSKODAWCY)

- Jestem właścicielem (ka) – posiadaczem (ka) – dzierżawcą gospodarstwa rolnego o pow. TAK - NIE 2,345 ha
- Zaprzestałem (am) prowadzenia działalności rolniczej TAK - NIE dokument potwierdzający fakt zaprzestania prowadzenia działalności rolniczej
- Jestem, byłem (am) domownikiem w gospodarstwie rolnym TAK - NIE
- Jestem zatrudniony (a) i osiągam dochód TAK - NIE
- Pobieram emeryturę – rentę TAK - NIE nazwa instytucji wypłacającej świadczenie i numer świadczenia
- Jestem kombatanem, wdową po kombatancie (jeśli tak, to dołączyć odpis legitymacji) TAK - NIE
- Ustalony stopień niepełnosprawności TAK - NIE ZNACZNY
- Posiadam rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy TAK - NIE w Nr

III. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO (WNIOSKODAWCY) nie dotyczy

Nazwisko (mężatki podają również nazwisko panieńskie)	Pierwsze i drugie imię	Data urodzenia
Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, kod pocztowy, poczta)		

- Jest zatrudniony (a) TAK - NIE
- Jest właścicielem (ką) – posiadaczem (ką) gospodarstwa rolnego o pow. TAK - NIE
- Ma ustalone prawo do emerytury – renty TAK - NIE nazwa instytucji wypłacającej świadczenie i numer świadczenia

IV. CZŁONKOWIE RODZINY UBEZPIECZONEGO (WNIOSKODAWCY) POZOSTAJĄCY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM*

nie dotyczy

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa (powinowactwa)	Data urodzenia

1. Dzieci uprawnione do zasiłków pielęgnacyjnych TAK - NIE *nie dotyczy*
imię dziecka, kto wypłaca

V. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO (WNIOSKODAWCY).

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przechowywane i przetwarzane przez KRUS lub inne upoważnione przez Kasę podmioty w celu przyznawania, podwyższania i wypłaty świadczeń przysługujących na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291, z późn. zm.). Zostałem poinformowany, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) mam prawo wglądu do własnych danych osobowych oraz żądania ich ewentualnego poprawienia.
- Oświadczam, że jestem* – nie jestem* członkiem otwartego funduszu emerytalnego (OFE).

16.08.2016
Data

Marek Tymoleusz
Podpis wnioskodawcy

VI. POŚWIADCZENIE DANYCH UBEZPIECZONEGO

Na podstawie dowodu osobistego seria *ABC* numer *123456* wydanego przez *Burmistrz Gminy Krynica Zdrój*
 oraz danych znajdujących się w *ORZECZENIU O NIEPEENOSPRAZNOŚCI*

Potwierdza się własnoręczność podpisu wnioskodawcy.

KRYNICA ZDRÓJ, dnia *16.08.2016*
miejsowość

[Signature]
podpis i pieczęćka służbowa

Załączniki:

- Orzeczenie o niepełnosprawności*
- Zaświadczenie lekarskie*
-
-
-
-

TAK - NIE – pozostawić nie skreślone właściwe odpowiedzi
 * niepotrzebne skreślić