

	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Dostępny/a pod telefonem (dane dobrowolne)										
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		fax, e-mail (dane dobrowolne)										
	Waren Sie in der deutschen- gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy był/a Pan/i ubezpieczony/a w niemieckim ustawowym ubezpieczeniu emerytalno- rentowym?										
	Versicherungsträger		Instytucja ubezpieczeniowa										
	Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy nadano numer ubezpieczeniowy?										
	Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr></table>											Numer ubezpieczeniowy członka rodziny
	Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr></table>									data zawarcia związku małżeńskiego z osobą ubezpieczoną (dzień / miesiąc / rok)		
	Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy małżeństwo to trwało do śmierci osoby ubezpieczonej?										
	Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	Czy wdowiec / wdowa zawarł/a nowe małżeństwo po śmierci osoby ubezpieczonej?										
	Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr></table>									Ponowne małżeństwo zawarto dnia (dzień / miesiąc / rok)		
	Haben Sie sich seit dem 31.12.1990 ununterbrochen in Polen aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja / tak	Czy przebywał/a Pan/Pani od dnia 31.12.1990 r. nieprzerwanie w Polsce?										
		↓ <input type="checkbox"/> nein / ↓											
a)	Ich habe mich zu folgenden Zeiten im Ausland aufgehalten: Zeitraum vom – bis Tag / Monat / Jahr – Tag / Monat / Jahr	/ / - / /	Przebywałem/am za granicą w podanych poniżej okresach: w okresie od - do dzień / miesiąc / rok – dzień / miesiąc / rok										
	in		w										
b)	Zeitraum vom – bis Tag / Monat / Jahr – Tag / Monat / Jahr	/ / - / /	w okresie od – do dzień / miesiąc / rok – dzień / miesiąc / rok										
	in		w										
c)	Zeitraum vom – bis Tag / Monat / Jahr – Tag / Monat / Jahr	/ / - / /	w okresie od - do dzień / miesiąc / rok – dzień / miesiąc / rok										
	in		w										

3	Antragstellung durch andere Personen Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.		Złożenie wniosku przez inne osoby Proszę dołączyć pełnomocnictwo lub decyzję sądu.
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		Wniosek złożono w zastępstwie
	Name		Nazwisko
	Vorname		Imiona
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		urząd (wzgl. znak sprawy)
	in der Eigenschaft als		w charakterze
	Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	prawnego przedstawiciela
	Vormund	<input type="checkbox"/>	opiekuna dla nieletnich
	Betreuer	<input type="checkbox"/>	opiekuna dla dorosłych
	Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	pełnomocnika
Straße, Hausnummer		Ulica, numer domu	
Postleitzahl		Kod pocztowy	
Wohnort / Staat		Miejscowość / państwo	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Dostępny/a pod telefonem (dane dobrowolne)	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		fax, e-mail (dane dobrowolne)	

4	Verfolgteneigenschaft der / des Versicherten Bitte fügen Sie alle vorhande- nen Unterlagen bei!	Cechy prześladowania osoby ubezpieczonej Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!			
	4.1 War die / der Versicherte Ange- hörige(r) des Judentums?	<input type="checkbox"/> ja / tak	<input type="checkbox"/> nein / nie	Czy osoba ubezpieczona była narodowości żydowskiej?	
	4.2 War die / der Versicherte als Ver- folgte(r) im Sinne des § 1 Bun- desentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt durch z. B. Ent- schädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesminis- terium für Finanzen?	↓	<input type="checkbox"/> ja / tak	↓	Czy osoba ubezpieczona była uznaną osobą prześladowaną w myśl § 1 ustawy federalnej o odszkodowaniach (BEG) przez np. Urząd ds. Odszkodowań, Jewish Claims Conference, Federalne Ministerstwo Finansów
	Entschädigungsbehörde /				Urząd ds Odszkodowań
	Aktenzeichen				Znak sprawy
		<input type="checkbox"/> nein / nie			

5	Angaben zur Ghetto-Arbeit Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei		Dane dot. pracy w getcie Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓ ↓	W których gettach przymusowo przebywała osoba ubezpieczona?
a)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	miejscowość, powiat, rejon, kraj okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
b)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	miejscowość, powiat, rejon kraj okres od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
c)	Ort, Bezirk, Gebiet, Land Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	miejscowość, powiat, rejon, kraj okres od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
5.2	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona pracowała w jednym z gett wymienionych w punkcie 5.1?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	/ - /	w okresie od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok miejsce pracy / pracodawca rodzaj pracy
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	/ - /	w okresie od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok miejsce pracy / pracodawca rodzaj pracy
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	/ - /	w okresie od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok miejsce pracy / pracodawca rodzaj pracy
		<input type="checkbox"/> nein / nie	
5.3	Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona pracowała również poza gettami wymienionymi w punkcie 5.1?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	/ - / <input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	w okresie od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok miejsce pracy / pracodawca Czy osoba ta wracała codziennie do getta?
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	/ - / <input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	w okresie od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok miejsce pracy / pracodawca Czy osoba ta wracała codziennie do getta?

c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	w okresie od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	<input type="checkbox"/> ja / tak <input type="checkbox"/> nein / nie	miejsce pracy / pracodawca Czy osoba ta wracała codziennie do getta?
5.4		<input type="checkbox"/> nein / nie	
	Hat sich die/der Versicherte um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.2) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 5.3) selbst bemüht bzw. wurde sie ihr/ihm z. B. vom Judenrat vermittelt?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona musiała się sama starać o pracę w getcie (punkt 5.2) lub poza gettem (punkt 5.3) wzgl. czy ktoś pośredniczył w znalezieniu pracy, np. Rada Żydowska (Judenrat)?
	Name des Ghettos		Nazwa getta
	Name des Ghettos		Nazwa getta
	Name des Ghettos		Nazwa getta
Die/der Versicherte wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder Restfreiheit ablehnen können.	<input type="checkbox"/> nein / nie	Osoba ubezpieczona była wbrew swojej woli zmuszana do wszystkich podanych prac i nie mogła ich odmówić bez ponoszenia konsekwencji na ciele, życiu i pozbawienia reszty wolności.	

6.	Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Związane z prześladowaniem okresy zastępcze Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!	
a)	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewalt- maßnahmen erlitten? (z. B. Tra- gen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona cierpiała pod presją innych działań nazistowskich? (np. noszenie gwiazdy Dawida, życie w ukryciu, życia pod fałszywym nazwiskiem, przymusowa praca w obozie pracy, obóz koncentracyjny)
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	w okresie od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
b)	Art der Verfolgung		rodzaj prześladowania
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	w okresie od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
c)	Art der Verfolgung		rodzaj prześladowania
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /	w okresie od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
	Art der Verfolgung		rodzaj prześladowania
		<input type="checkbox"/> nein / nie	

7.	Zeiten in Deutschland Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Okresy w Niemczech Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!	
7.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy po prześladowaniach w Niemczech przebywała osoba ubezpieczona (np. w tzw. obozie DP)?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	w okresie od – do miesiąc / rok – miesiąc - rok
	Aufenthaltsort		miejsce pobytu
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	w okresie od – do miesiąc / rok – miesiąc / rok
	Aufenthaltsort		miejsce pobytu
		<input type="checkbox"/> nein / nie	
7.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy osoba ubezpieczona pracowała w Niemczech?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	w okresie od -do miesiąc / rok – miesiąc / rok
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber		miejsce pracy / pracodawca
	Art der Arbeit		rodzaj pracy
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ – /	w okresie od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber		miejsce pracy
	Art der Arbeit		rodzaj pracy
		<input type="checkbox"/> nein / nie	

8.	Rentenbezug in Polen	Pobieranie emerytury/renty w Polsce	
	Beziehen Sie eine polnische Hinterbliebenenrente?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓	Czy pobiera Pan/Pani polską rentę rodzinną?
	Name / Anschrift der zahlenden Stelle		Nazwa / adres instytucji wypłacającej
	Aktenzeichen		Znak sprawy
	Eine Kopie des Rentenbescheides ist beizufügen.	Należy dołączyć kopię decyzji emerytalno-rentowej.	
		<input type="checkbox"/> nein / nie	

9	Zeiten im Ausland Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Okresy za granicą Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!
	Hat die / der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /
	Versicherungsträger	instytucja ubezpieczeniowa
	Staat	Państwo
	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen	Zagraniczny numer ubezpieczeniowy / znak sprawy
		<input type="checkbox"/> nein / nie

10	Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbuchs (auch im Ausland)	Okresy szkoły / szkoły zawodowej i nauki na wyższych uczelniach (również zagranicą)
	Hat die / der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	/ - /
		<input type="checkbox"/> nein / nie

11	Angaben zu Kindern	Dane dot. dzieci
	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/> data urodzenia (dzień / miesiąc / rok)
	geboren in	urodzone w
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/> data urodzenia (dzień / miesiąc / rok)
	geboren in	urodzone w
		<input type="checkbox"/> nein / nie

14	Andere Leistungen Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? Art der Leistung		Inne świadczenia Czy otrzymuje lub otrzymywał/a Pan/i jedno z poniższych świadczeń lub złożył/a Pan/i wniosek o takie świadczenie? Rodzaj świadczenia				
14.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst Bezugszeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr beantragt am (Tag / Monat / Jahr) zahlende Stelle Aktenzeichen	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓ / - / <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> nein / nie					Renta z własnego ubezpieczenia z niemieckiego lub zagranicznego ubezpieczenia emerytalno-rentowego lub porównywalne świadczenie dla byłych zatrudnionych w służbie publicznej od - do miesiąc / rok – miesiąc / rok Wniosek złożono dnia (dzień / miesiąc / rok) Jednostka wypłacająca Znak sprawy
14.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung Unfalltag (Tag / Monat / Jahr) Art der Leistung Aktenzeichen Behörde	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> nein / nie					świadczenia z niemieckiego lub zagranicznego ubezpieczenia wypadkowego Data wypadku (dzień / miesiąc / rok) Rodzaj świadczenia Znak sprawy Urząd
14.3	Leistungen nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen Aktenzeichen	↓ <input type="checkbox"/> ja / tak ↓ <input type="checkbox"/> nein / nie	świadczenie przyznane przez Urząd Federalny ds. Służb Centralnych i Otwartych Kwestii Majątkowych zgodnie z Wytyczną o udzielaniu świadczeń odszkodowawczych z tytułu pracy w getcie Znak sprawy				

15.	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Oświadczenie Wnioskodawcy / Wnioskodawczyni
	<p>Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</p> <p>Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.</p>	<p>Zapewniam, że wszystkie informacje w niniejszym formularzu i w dodatkowych załącznikach podałem/am zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.</p> <p>Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia instytucji ubezpieczenia emerytalno-rentowego w przypadku zmiany mojego adresu w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia przyznania renty/emerytury.</p> <p>Wyrażam zgodę na dokonanie wglądu przez właściwą instytucję ustawowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego do wszystkich akt sądowych i urzędowych dotyczących dochodzonego roszczenia, szczególnie do akt dotyczących odszkodowania.</p>

16	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Oświadczenie Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy o zgodności z prawdą
	<p>Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nicht verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.</p>	<p>Oświadczam w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że nie zataiłem/am niczego, co mogłoby służyć do wyjaśnienia stanu sprawy. Zdaję sobie sprawę, że w razie świadomego podania fałszywych informacji mogę być pociągnięty/a do odpowiedzialności karnej.</p>

Ort, Datum / Miejscowość i data

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers (Vorname und Name) / Podpis Wnioskodawczyni/Wnioskodawcy (imię i nazwisko)

Als Anlagen sind beigefügt:	Dołączono załączniki:
<input type="checkbox"/> Kopie des polnischen Rentenbescheides	<input type="checkbox"/> kopię decyzji o polskim świadczeniu