

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 500

**Antrag auf Witwenrente / Witwerrente für Hinterbliebene von
ehemaligen Ghattobeschäftigten mit Wohnsitz in Polen**
**Wniosek o rentę wdowią dla członków rodziny mających miejsce
zamieszkania w Polsce po zmarłym, byłym zatrudnionym w getcie**

1	Angaben zur Person der / des verstorbenen Versicherten	Dane osobowe zmarłej osoby ubezpieczonej
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!	Proszę dołączyć akt zgonu!
	Name	Nazwisko
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	Imiona (proszę podkreślić imię używane)
	Geburtsname	Nazwisko rodowe
	frühere Namen	Poprzednie nazwiska
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Data urodzenia (dzień / miesiąc / rok)
	Geschlecht	Płeć
	männlich <input type="checkbox"/> męska weiblich <input type="checkbox"/> żeńska	
	Geburtsort (Kreis, Land)	Miejsce urodzenia (powiat, kraj)
	PESEL-Nr.	Numer PESEL
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	Data śmierci (dzień / miesiąc / rok)

2	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers	Dane osobowe wdowy / wdowca
	2.1	Name
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	Imiona (proszę podkreślić imię używane)
	Geburtsname	Nazwisko rodowe
	frühere Namen	Poprzednie nazwiska
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Data urodzenia (dzień / miesiąc / rok)
	Geschlecht	Płeć
	männlich <input type="checkbox"/> męska weiblich <input type="checkbox"/> żeńska	
	Geburtsort (Kreis, Land)	Miejsce urodzenia (powiat, kraj)
	PESEL-Nr.	Numer PESEL
	Straße, Hausnummer	Ulica, numer domu

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Postleitzahl, Wohnort, Staat		Kod pocztowy, Miejsce zamieszkania, państwo															
	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Kontakt telefoniczny w ciągu dnia (dane dobrowolne)															
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax, e-mail (dane dobrowolne)															
2.2	Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	Czy był/a Pan/i ubezpieczony/a w niemieckim ustawowym ubezpieczeniu emerytalnorentowym?															
	Versicherungsträger Wurde eine Versicherungsnummer vergeben? Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															Instytucja ubezpieczeniowa Czy nadano numer ubezpieczeniowy? Numer ubezpieczeniowy członka rodziny	
2.3	Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																Data zawarcia związku małżeńskiego z osobą ubezpieczoną (dzień / miesiąc / rok)
Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	ja <input type="checkbox"/> tak	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy małżeństwo to trwało do śmierci osoby ubezpieczonej?															
2.4	Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet ?	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	Czy wdowiec / wdowa zawarł/a nowe małżeństwo po śmierci osoby ubezpieczonej?															
	Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																Ponowne małżeństwo zawarto dnia (dzień / miesiąc / rok)
2.5	Dauerhafter Wohnsitz in Polen ab 1991 Hinweis: Ein dauerhafter Wohnsitz in Polen liegt vor, wenn Sie Ihren Wohnsitz in Polen stets beibehalten haben und nur zu kurzen Aufenthalten im Ausland waren (z.B. Urlaub).		Stäyły pobyt w Polsce od 1991 r. Wskazówka: Stały pobyt w Polsce występuje wtedy, gdy zachował/a Pan/i miejsce zamieszkania w Polsce na stałe i przebywał/a Pan/i za granicą tylko w krótkich okresach (np. urlop).															
	Haben Sie seit dem 31.12.1990 Ihren dauerhaften Wohnsitz ununterbrochen in Polen?	ja <input type="checkbox"/> tak ↓ nein <input type="checkbox"/> nie ↓	Czy od dnia 31.12.1990 r. posiadał/a Pan/i swoje stałe miejsce zamieszkania nieprzerwanie w Polsce?															
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!																
a)	Ich habe mich zu folgenden Zeiten dauerhaft im Ausland aufgehalten:	Przebywałem/am za granicą w podanych poniżej okresach:																
	Zeitraum (Tag / Monat / Jahr) in	von / od bis / do	Okres (dzień / miesiąc / rok) w															
b)	Zeitraum (Tag / Monat / Jahr) in	von / od bis / do	Okres (dzień / miesiąc / rok) w															
	Zeitraum (Tag / Monat / Jahr) in	von / od bis / do	Okres (dzień / miesiąc / rok) w															

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3	Antragstellung durch andere Personen	Składanie wniosku przez inne osoby
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.	Proszę dołączyć pełnomocnictwo lub postanowienie sądu.
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		Wniosek składa w zastępstwie
Name		Nazwisko
Vorname		Imię
Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		Urząd (ew. znak sprawy)
in der Eigenschaft als	gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	w charakterze przedstawiciela prawnego kuratora opiekuna pełnomocnika
Straße, Hausnummer		Ulica, numer domu
Postleitzahl, Wohnort, Staat		Kod pocztowy, Miejsce zamieszkania, państwo
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Kontakt telefoniczny w ciągu dnia (dane dobrowolne)
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax, e-mail (dane dobrowolne)

Hinweis: Hat die/der verstorbene Versicherte bereits eine Altersrente nach dem ZRBG bezogen, entfällt die Beantwortung der Fragen 4 bis 9.	Wskazówka: Jeżeli zmarła osoba ubezpieczona pobierała już emeryturę zgodnie z Ustawą ZRBG, odpowiedź na pytania od 4 do 9 nie jest konieczna.
--	---

4	Verfolgteneigenschaft der / des Versicherten	Cechy prześladowania osoby ubezpieczonej
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!
4.1	War die / der Versicherte Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehörte die / der Versicherte zur Volksgruppe der Sinti und Roma? nein <input type="checkbox"/> nie ja, die / der Versicherte gehörte zum Judentum <input type="checkbox"/> ja, die / der Versicherte gehörte zur Volksgruppe der Sinti und Roma <input type="checkbox"/>	Czy osoba ubezpieczona była członkiem narodu żydowskiego, czy też należała do grupy etnicznej Sinti i Romów? tak, osoba ubezpieczona należała do narodu żydowskiego <input type="checkbox"/> tak, osoba ubezpieczona należała do grupy etnicznej Sinti i Romów <input type="checkbox"/>

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.2	War die / der Versicherte als Verfolgte / Verfolgter im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy osoba ubezpieczona została uznana za osobę prześladowaną w myśl § 1 Federalnej Ustawy Odszkodowawczej (BEG) (np. przez Urząd ds. Odszkodowań, Jewish Claims Conference, Federalne Ministerstwo Finansów)?
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	
	Entschädigungsbehörde		Urząd ds. Odszkodowań
	Aktenzeichen		Znak sprawy
4.3	Wenn die Frage 4.2 verneint wurde, die / der Versicherte aber Leistungen wegen nationalsozialistischer Verfolgung von anderen inländischen oder ausländischen Stellen erhalten hat, dann fügen Sie bitte entsprechende Unterlagen (z. B. Kopien der Bewilligung) bei.	Jeśli na pytanie 4.2 osoba ubezpieczona odpowiedziała negatywnie, ale otrzymuje świadczenia z powodu prześladowań narodowosocjalistycznych od innych instytucji krajowych lub zagranicznych, proszę załączyć odpowiednie dokumenty (np. kopie przyznania).	

5	Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt der / des Versicherten	Dane o przymusowym pobycie osoby ubezpieczonej		
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Proszę załączyć wszystkie posiadane dokumenty!		
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓	↓	W których gettach osoba ubezpieczona przebywała przymusowo?
	a)			
	Ort, Bezirk, Gebiet / Land	von / od	bis / do	Miejscowość, powiat, obszar / Kraj
	Zeitraum (Monat / Jahr)			Okres (miesiąc / rok)
	b)			
	Ort, Bezirk, Gebiet / Land	von / od	bis / do	Miejscowość, powiat, obszar / Kraj
	Zeitraum (Monat / Jahr)			Okres (miesiąc / rok)
c)				
	Ort, Bezirk, Gebiet / Land	von / od	bis / do	Miejscowość, powiat, obszar / Kraj
	Zeitraum (Monat / Jahr)			Okres (miesiąc / rok)
5.2	Wenn sich die / der Versicherte nicht in einem Ghetto aufgehalten hat: Durfte die / der Versicherte die Wohnung oder das Haus nur zum Zwecke der Arbeit sowie für die notwendigsten Besorgungen verlassen?	nein, die / der Versicherte konnte sich am Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen <input type="checkbox"/>	nie, osoba ubezpieczona mogła się w ciągu dnia w dużej mierze swobodnie poruszać w miejscu zamieszkania	Jeśli osoba ubezpieczona nie przebywała w getcie: Czy wolno było osobie ubezpieczonej opuścić mieszkanie lub dom tylko w celu wykonywania pracy i załatwienia najbardziej niezbędnych spraw?
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓		
	Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land			Miejsce zamieszkania, okręg, obszar / kraj
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

6		Angaben zur Arbeit der / des Versicherten	Dane o pracy osoby ubezpieczonej	
		Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Proszę załączyć wszystkie posiadane dokumenty!	
6.1	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. in dem unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnort gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓		Czy osoba ubezpieczona pracowała w jednym z gett wymienionych w punkcie 5.1 lub w miejscu zamieszkania wymienionym w punkcie 5.2?
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Miejsce pracy / pracodawca
	Art der Arbeit			Rodzaj pracy
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Miejsce pracy / pracodawca
	Art der Arbeit			Rodzaj pracy
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Miejsce pracy / pracodawca
	Art der Arbeit			Rodzaj pracy
6.2	Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet?	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓		Czy osoba ubezpieczona pracowała również poza obszarem gett wymienionych w punkcie 5.1 lub miejsca zamieszkania wymienionego w punkcie 5.2?
a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Miejsce pracy / pracodawca
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> tak	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy wracał/a codziennie do getta lub do miejsca zamieszkania?
b)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Miejsce pracy / pracodawca
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> tak	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy wracał/a codziennie do getta lub do miejsca zamieszkania?
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber			Miejsce pracy / pracodawca
	Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt?	ja <input type="checkbox"/> tak	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy wracał/a codziennie do getta lub do miejsca zamieszkania?

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.3	Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 6.1) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 6.2) selbst bemüht oder wurde sie ihr / ihm z. B. vom Judenrat vermittelt?	Czy osoba ubezpieczona starała się sama o pracę w getcie (punkt 6.1) lub poza gettem (punkt 6.2) czy też praca została jej przydzielona za pośrednictwem np. Rady Żydowskiej?
	<input type="checkbox"/> ja, im Ghetto tak, w getcie	_____
	<input type="checkbox"/> ja, im Ghetto tak, w getcie	_____
	<input type="checkbox"/> ja, im Wohnort tak, w miejscu zamieszkania	_____
<input type="checkbox"/> nein, sie / er wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ihren / seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder ihre / seine Restfreiheit ablehnen können. nie, Osoba ubezpieczona była zmuszana do wszystkich podanych prac wbrew swojej woli i nie mogła ich odrzucić bez narażenia zdrowia, życia i pozbawienia reszty wolności.		

7	Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten	Okresy zastępcze związane z prześladowaniem		
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!		
a)	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	nein <input type="checkbox"/> nie		
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	Czy osoba ubezpieczona doznała innych represji przez reżim nazistowski? (np. noszenie gwiazdy Dawida, życie w ukryciu lub pod fałszywym nazwiskiem, pobyt w obozie pracy przymusowej, pobyt w obozie koncentracyjnym)	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
b)	Art der Verfolgung	Rodzaj prześladowania		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
Art der Verfolgung		Rodzaj prześladowania		
c)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
		Art der Verfolgung	Rodzaj prześladowania	

8	Zeiten in Deutschland	Okresy w Niemczech		
Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		Proszę dołączyć wszystkie posiadane dokumenty!		
8.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	nein <input type="checkbox"/> nie		
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	Czy po prześladowaniach osoba ubezpieczona przebywała w Niemczech?	
	a)	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do
b)	Aufenthaltsort	Miejsce pobytu		
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do	Okres (miesiąc / rok)
Aufenthaltsort	Miejsce pobytu			

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10	Angaben zu Kindern	Dane dotyczące dzieci		
a)	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen)	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓		Czy osoba ubezpieczona wychowywała dzieci urodzone przed 01.01.1950 r.? (proszę załączyć akt urodzenia)
	geboren am (Tag / Monat / Jahr)			urodzone dnia (dzień / miesiąc / rok)
	geboren in			urodzone w
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja <input type="checkbox"/> tak ↓ nein <input type="checkbox"/> nie ↓		Czy przez pierwsze 10 lat dziecko było wychowywane głównie przez osobę ubezpieczoną?
	Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)	von / od	bis / do	wychowywanie (miesiąc / rok) ew. dziecko zmarło w dniu (dzień / miesiąc / rok)
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)			urodzone dnia (dzień / miesiąc / rok)
	geboren in			urodzone w
	Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen?	ja <input type="checkbox"/> tak ↓ nein <input type="checkbox"/> nie ↓		Czy przez pierwsze 10 lat dziecko było wychowywane głównie przez osobę ubezpieczoną?
	Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr)	von / od	bis / do	wychowywanie (miesiąc / rok) ew. dziecko zmarło w dniu (dzień / miesiąc / rok)

11	Rentenbezug in Polen	Pobieranie renty w Polsce		
	Beziehen Sie eine polnische Hinterbliebenenrente?	nein <input type="checkbox"/> nie ↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓		Czy pobiera Pan / Pani polską rentę rodzinną?
	Name / Anschrift der zahlenden Stelle			Nazwa / adres instytucji wypłacającej
	Aktenzeichen			Znak sprawy
	Eine Kopie des Rentenbescheides, mit dem der Anspruch auf die Hinterbliebenenrente erstmalig oder neu festgestellt wurde, ist beizufügen.		Należy dołączyć kopię decyzji rentowej o ustaleniu prawa do renty rodzinnej po raz pierwszy lub o ponownym jej ustaleniu.	

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

12	Sonstige Angaben	Inne dane	
12.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy małżeństwo osoby ubezpieczonej zostało rozwiązane przez rozwód / unieważnione po 30.06.1977 r.?
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	
	Lebt der frühere Ehegatte noch?	unbekannt <input type="checkbox"/> nie wiem	Czy były/a małżonek/ka jeszcze żyje?
		ja <input type="checkbox"/> tak	
		↓ nein <input type="checkbox"/> nie ↓	
	Falls nein: Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		Jeżeli nie: proszę podać datę zgonu (dzień / miesiąc / rok)
12.2	Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist	Proszę wypełnić w przypadku złożenia wniosku o rentę dla wdowca, a ubezpieczona zmarła przed 01.01.1986 r.	
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy rodzina pozostawała głównie na utrzymaniu ubezpieczonej?
		ja <input type="checkbox"/> tak	

13	Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten	Dane dotyczące wliczania dochodów przy rentach dla wdów i wdowców	
	- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -	- Niepotrzebne, jeżeli osoba ubezpieczona zmarła przed 01.01.1986 r. -	
	Bitte Nachweise beifügen!	Proszę dołączyć zaświadczenia!	
13.1	Arbeitsentgelt	Wynagrodzenie za pracę	
	Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt, ggf. auch im Ausland?	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy od przyznania renty rodzinnej otrzymuje lub otrzymywał/a Pan/Pani wynagrodzenie za pracę, ew. także za granicą?
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do
	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Okres (miesiąc / rok)	
		Nazwa i adres pracodawcy	
13.2	Arbeitseinkommen	Dochód z pracy	
	Haben oder hatten Sie ab Beginn der Rente wegen Todes steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit), ggf. auch im Ausland, erzielt?	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy od przyznania renty rodzinnej osiąga lub osiągał/a Pan/Pani zyski podatkowe (przychody z rolnictwa i leśnictwa, z prowadzenia zakładu lub pracy na własny rachunek) ew. także za granicą?
		↓ ja <input type="checkbox"/> tak ↓	
	Zeitraum (Monat / Jahr)	von / od	bis / do
	Art der Selbständigkeit	Okres (miesiąc / rok)	
		Rodzaj pracy na własny rachunek	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

14	Rente aus eigener Versicherung	Emerytura z własnego ubezpieczenia
Beziehen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst?	nein <input type="checkbox"/> nie	Czy od przyznania renty rodzinnej pobiera Pan/Pani emeryturę z własnego ubezpieczenia z niemieckiego lub zagranicznego ubezpieczenia emerytalno-rentowego lub porównywalne świadczenie dla byłych zatrudnionych w służbie publicznej?
↓	ja <input type="checkbox"/> tak ↓	↓
Bezugszeitraum (Monat / Jahr) Beantragt am (Tag / Monat / Jahr)	von / od	bis / do
Zahlende Stelle	Okres pobierania (miesiąc / rok) Wniosek złożono dnia (dzień / miesiąc / rok)	
Aktenzeichen	Jednostka wypłacająca Znak sprawy	

15	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Oświadczenie Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy
Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert. 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.	Zapewniam, że wszystkie informacje w niniejszym formularzu i w dodatkowych załącznikach podałem/am zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia instytucji ubezpieczenia emerytalno-rentowego w przypadku zmiany mojego adresu w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia przyznania emerytury/renty. 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.	
Ort, Datum	Miejscowość i data	
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Podpis Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy	

16	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Oświadczenie Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy o zgodności z prawdą
Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.	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.	
Ort, Datum	Miejscowość i data	
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Podpis Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy	

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

17	Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Oswiadczenie wnioskodawczyni / wnioskodawcy o wyrażeniu zgody
	<p>Soweit für die Bearbeitung dieses ZRBG-Rentantrages erforderlich, willige ich ein, dass der zuständige Rentenversicherungsträger Zugang zu meinen Entschädigungsunterlagen bzw. den Unterlagen meiner / meines verstorbenen Familienangehörigen auf der Grundlage des Bundesentschädigungsgesetzes, der Restitutionsgesetze der deutschen Landesregierungen oder der Härtefonds des Bundes oder der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung durch die zuständigen Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland erhält. Dies schließt die Übersendung der Unterlagen zur Einsichtnahme ein. Da in diesen Unterlagen insbesondere Informationen über die ethnische und rassische Herkunft und damit in Zusammenhang stehende Verfolgungsmaßnahmen enthalten sind, die nach dem europäischen Datenschutzrecht als "sensible personenbezogene Daten" betrachtet werden, erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung nach europäischem Datenschutzrecht.</p> <p>Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte nach europäischem und deutschem Datenschutzrecht auszuüben oder Beschwerden zu erheben, sollte ich mich an die oben genannte Behörde unter der oben genannten Adresse wenden. Der Widerruf der Zustimmung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Zustimmung bis zu ihrem Widerruf durchgeführt wurde. Wenn ich meine Zustimmung widerrufe, verstehe ich, dass die Behörde meinen Antrag möglicherweise nicht bearbeiten kann.</p>	<p>O ile jest to konieczne do rozpatrzenia niniejszego wniosku o emeryturę zgodnie z Ustawą o wypłacaniu emerytur i rent z tytułu zatrudnienia w getcie ZRBG, wyrażam zgodę na to, aby właściwy zakład ubezpieczeń emerytalno-rentowych miał dostęp do moich dokumentów odszkodowawczych lub dokumentów moich/mojego zmarłych/zmarłego członków/członka rodziny na podstawie Federalnej Ustawy Odszkodowawczej (BEG), ustaw restytucyjnych niemieckich rządów krajów związkowych lub funduszu socjalnego Federacji lub krajów związkowych dla ofiar prześladowań narodowosocjalistycznych przez właściwe organy, sądy, archiwa i instytucje w Niemczech. Obejmuje to przesyłanie dokumentów do wglądu. Ponieważ dokumenty te zawierają informacje o pochodzeniu etnicznym i rasowym, a w szczególności o związanych z nimi środkach prześladowania, które zgodnie z europejskim prawem o ochronie danych są uznawane za „wrażliwe dane osobowe”, wyrażam moją wyraźną zgodę na mocy europejskiego prawa o ochronie danych.</p> <p>Wiem, że mogę wycofać swoją zgodę w każdej chwili ze skutkiem na przyszłość. Aby wycofać moją zgodę, skorzystać z praw przysługujących mi na mocy europejskiego i niemieckiego prawa o ochronie danych osobowych lub złożyć skargę, powinienem skontaktować się z wyżej wymienionym organem pod powyższym adresem. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonywanego na podstawie zgody do momentu jej wycofania. Jeśli cofnę swoją zgodę, to rozumiem, że ten organ może nie być w stanie rozpatrzyć mojego wniosku.</p>
	Ort, Datum	Miejscowość i data
	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	Podpis Wnioskodawczyni / Wnioskodawcy

	Als Anlagen sind beigefügt	Dołączono załączniki
	Kopie des polnischen Rentenbescheides, mit dem der Anspruch auf die Hinterbliebenenrente erstmalig oder neu festgestellt wurde	Kopia polskiej decyzji rentowej o ustaleniu prawa do renty rodzinnej po raz pierwszy lub o ponownym jej ustaleniu