

**Wniosek o wydanie zaświadczenia PL/USA 1
na podstawie Umowy o zabezpieczeniu społecznym
między Rzeczpospolitą Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki
(art. 6 Umowy; art. 5 Porozumienia Administracyjnego)**

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli starasz się o zaświadczenie o ubezpieczeniu (PL/USA 1) na podstawie umowy polsko-amerykańskiej w związku z pracą najemną (czyli pracą na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, np. umowy zlecenia) lub pracą na własny rachunek. Jeśli wniosek dotyczy:

- pracownika lub zleceniobiorcy – w sekcji „Dane osoby ubezpieczonej” uzupełnij PESEL albo rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- osoby pracującej na własny rachunek (przedsiębiorcy) – w sekcji „Dane osoby ubezpieczonej” uzupełnij również NIP i REGON.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby ubezpieczonej

	<input type="checkbox"/>	Pracownik
	<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca na własny rachunek
PESEL	<input type="text"/>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>	
	Wpisz, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL	
NIP	<input type="text"/>	
REGON	<input type="text"/>	
Imię	<input type="text"/>	Kolejne imiona <input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	
Data urodzenia	<input type="text"/>	
	dd / mm / rrrr	
	Podanie daty urodzenia jest dobrowolne	
Obywatelstwo	<input type="text"/>	

Adres zamieszkania

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Adres do korespondencji

Wpisz, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Dane płatnika składek w Polsce

	<input type="checkbox"/>	Pracodawca			
	<input type="checkbox"/>	Działalność na własny rachunek			
NIP	<input type="text"/>				
REGON	<input type="text"/>				
Nazwa lub rodzaj działalności	<input type="text"/>				
Ulica	<input type="text"/>				
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text" value="POLSKA"/>				

Dane o zatrudnieniu w Stanach Zjednoczonych

- Osoba ubezpieczona: została oddelegowana
 prowadzi działalność na terytorium Polski i Stanów Zjednoczonych
 przenosi czasowo działalność do niżej wymienionej firmy

na okres/ w okresie od do
dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr

Nazwa przedsiębiorstwa w Stanach Zjednoczonych, na którego rzecz osoba ubezpieczona będzie pracować

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Stan

Nazwa państwa

STANY ZJEDNOCZONE

Podstawa prawna do wydania zaświadczenia PL/USA 1

Art. 6.1

Osoba zatrudniona na terytorium jednej ze Stron

Art. 6.2

Delegowanie pracownika na okres, który nie przekracza 5 lat

Art. 6.4

Praca na własny rachunek

Art. 6.5

Działalność uznawana za pracę na własny rachunek zgodnie z przepisami prawa jednej Strony, a za zatrudnienie zgodnie z przepisami prawa drugiej Strony

Art. 6.6

Pracownicy lotniczej firmy transportowej

Art. 6.8

Osoba zatrudniona w służbie państwowej jednej ze Stron

Art. 6.10

Wyjątek od przepisów podstawowych

Okres, na który osoba ubezpieczona ma otrzymać zaświadczenie od

dd / mm / rrrr

do dd / mm / rrrr

Na podstawie zgody z (w przypadku art. 6.10 Umowy)

znak

dd / mm / rrrr

Dane kontaktowe

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

E-mail

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Załączniki

brak umowa o pracę/ aneks do umowy/ kontrakt

inne

Wpisz, jaki inny dokument załączasz

Przekazuję następującą liczbę załączników:

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)

Jeśli chcesz odebrać zaświadczenie w innej placówce niż w tej, która przyjęła Twój wniosek, wpisz poniżej nazwę placówki odbioru (np. „ZUS Biuro Terenowe w Gliwicach”)

pocztą na adres wskazany we wniosku

na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE) ZUS

Data

/ /

dd / mm / rrrr

Podpis osoby, która składa wniosek

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 pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>