



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Polen

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	4
Allgemeines	4
Organisation der sozialen Sicherheit	4
Finanzierung	5
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	7
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	7
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit	8
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	9
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit	9
Abgedeckte Leistungen	10
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	11
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	12
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	12
Abgedeckte Leistungen	12
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	13
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	14
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	14
Abgedeckte Leistungen	15
Bezug von Leistungen bei Invalidität	16
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	17
Anspruch auf Altersrente	17
Abgedeckte Leistungen	19
Bezug von Altersrenten	20
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	21
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	21
Abgedeckte Leistungen	22
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	22
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	24
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	24
Abgedeckte Leistungen	25
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	25
Kapitel IX: Familienleistungen	26
Anspruch auf Familienleistungen	26
Abgedeckte Leistungen	26
Bezug von Familienleistungen	28
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit	29
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	29
Abgedeckte Leistungen	29
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	30
Kapitel XI: Mindestsicherung	31
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	31
Abgedeckte Leistungen	31
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	31
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	32
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	32
Abgedeckte Leistungen	32
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	34

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Das System der sozialen Sicherheit in Polen umfasst folgende Bereiche:

- Altersrentenversicherung;
- Invaliditätsrentenversicherung;
- Krankengeld- und Mutterschaftsversicherung
- Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
- - allgemeine Krankenversicherung (Gesundheitsversicherung)

Hinzu kommt ein System von Familienleistungen, Sozialhilfeleistungen und Leistungen bei Arbeitslosigkeit.

In den Geltungsbereich des polnischen Sozialversicherungssystems fallen praktisch alle Personen, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, also Arbeitnehmer und Selbständige sowie ihre Familienangehörigen.

Die Mitgliedschaft in der Sozialversicherung kann gesetzlich vorgeschrieben oder freiwillig sein. Wer einer beruflichen Tätigkeit nachgeht, also Arbeitnehmer, Selbständige und Landwirte, ist pflichtversichert. Die Beitragszahler (Arbeitgeber) bzw. Selbständige und Mitglieder des Klerus müssen bei der Sozialversicherung angemeldet sein.

Organisation der sozialen Sicherheit

Das System der sozialen Sicherheit gehört zum Aufgabenbereich des Ministeriums für Arbeit und Sozialpolitik (*Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*) und des Gesundheitsministeriums (*Ministerstwo Zdrowia*), allerdings ist die rechtliche, verwaltungstechnische und finanzielle Organisation unabhängig von der dieser Ministerien.

Folgende Institutionen verwalten die Zweige der sozialen Sicherheit:

- Die Sozialversicherungsanstalt (*Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ZUS*) ist in regionale Dienste aufgeteilt, die für die Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft und für die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten und für die Renten wegen Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten zuständig sind. Die Sozialversicherungsanstalt zieht alle Beiträge zur sozialen Sicherheit ein und verteilt sie auf die zuständigen Organisationen. Das allgemeine obligatorische Rentensystem in Polen umfasst ferner auch offene Pensionsfonds, die von privaten Finanzinstitutionen verwaltet werden, jedoch unter strenger Kontrolle und Aufsicht des Staates stehen. Die Versicherten zahlen ihre Beiträge nicht gesondert an diese Fonds, sondern entrichten sie mit ihren sonstigen Sozialversicherungsbeiträgen an die Sozialversicherungsanstalt ZUS. Diese führt den entsprechenden Teil der Beiträge an den vom Versicherten gewählten Pensionsfonds ab.
- Regionale Krankenkassen sind für die Versorgung mit Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft zuständig.

- Örtliche Zentren für Sozialpolitik verwalten die Familienleistungen.
- Lokale und regionale Arbeitsämter gewähren Leistungen bei Arbeitslosigkeit.
- Der staatliche Fonds für die Rehabilitation behinderter Menschen (*Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, PFRON*) überwacht den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Beschäftigung und Rehabilitation. Alle Beschäftigungs- und Rehabilitationsprogramme, einschließlich geschützter Arbeitsstätten, werden durch Abgaben der Arbeitgeber, die nicht die vorgesehene Quote zur Beschäftigung von Personen mit Behinderungen erfüllen, finanziert.

In Polen regeln der Staatliche Gesundheitsfonds (NFZ) und seine örtlichen Vertretungen die Gesundheitsversorgung im Rahmen der allgemeinen Krankenversicherung (Gesundheitsversicherung). Durch Verträge mit Leistungserbringern baut der NFZ ein Netz von Einrichtungen auf, die die Leistungen der Gesundheitsversorgung erbringen. Er finanziert die Leistungen des Gesundheitswesens und gewährleistet aus seinem eigenen Haushalt die Erstattung von Arzneimitteln.

Finanzierung

Die Sozialversicherungsanstalt (ZUS) ist zu einem großen Teil für die Einziehung der Sozialversicherungsbeiträge (Altersrentenversicherung, Invaliditätsversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung sowie allgemeine Krankenversicherung) der nicht in der Landwirtschaft Beschäftigten sowie für die Auszahlung der Leistungen zuständig.

Die Beiträge sind die Hauptquelle für die Finanzierung der Leistungen. Ihr Satz ist für alle Versicherten gleich und ist wie folgt festgesetzt:

- 19,52 % der Bemessungsgrundlage für die Altersrentenversicherung
- 8,00% der Bemessungsgrundlage für die Invaliditätsrentenversicherung
- 2,45 % der Bemessungsgrundlage für die Krankengeldversicherung
- 0,67 bis 3,86% der Bemessungsgrundlage für die Unfallversicherung
- 9,00 % für die (allgemeine) Krankenversicherung
- 2,45 % für den Arbeitsfonds.

Die Beiträge zur Altersrente werden zu gleichen Teilen von den Versicherten und den Arbeitgebern aufgebracht, d. h. jede Gruppe zahlt 9,76 % der Bemessungsgrundlage, was zusammen 19,52 % ausmacht. Die Beiträge zur Invaliditätsrente werden von den Versicherten (1,5 % der Bemessungsgrundlage) und den Arbeitgebern (6,5% der Bemessungsgrundlage) aufgebracht. Die Beiträge zur Unfallversicherung und den Arbeitsfonds werden in vollem Umfang von den Beitragspflichtigen (Arbeitgebern) gezahlt. Die Beiträge zur Unfallversicherung und zu den Arbeitsfonds werden in vollem Umfang von den Arbeitgebern gezahlt.

Die Arbeitnehmerbeiträge werden auf der Grundlage des Einkommens aus einer Beschäftigung gemäß den Bestimmungen über die persönliche Einkommenssteuer festgelegt.

Von privaten Finanzinstituten werden offene Rentenfonds angeboten, die zum allgemeinen gesetzlichen Altersrentensystem der Arbeitnehmer gehören. Die ZUS ist für die Überweisung eines Teils der Altersrentenbeiträge an die von den Versicherten

gewählten offenen Rentenfonds zuständig. Dieser Teil beläuft sich auf 2,8% des Betrages in 2013 und wird sich jeweils auf 3,1% in 2014, 3,3% in 2015 und 3,8% in 2017 erhöhen. Bei den Versicherten, die nicht in einen offenen Rentenfonds einzahlen, wird der gesamte Beitrag zur Altersrentenversicherung an die ZUS überwiesen, der die Altersrente, die Invaliditätsrente sowie Leistungen bei Krankheit und Unfällen finanziert.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Folgende Personen haben in Polen Anspruch auf kostenlose Leistungen des Gesundheitswesens:

- Personen mit einer allgemeinen (gesetzlichen oder freiwilligen) Krankenversicherung
- nicht versicherte Personen, die das im Sozialhilfegesetz festgelegte Einkommenskriterium erfüllen, sofern sie polnische Staatsbürger sind

Gesundheitsversorgung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Polen

Leistungsberechtigte, die sich vorübergehend in Polen aufhalten, können dieselben Gesundheitsleistungen wie die polnischen Bürger in Anspruch nehmen. Jeder Leistungsberechtigte, der sich vorübergehend in Polen aufhält, hat Anspruch auf Leistungen der Gesundheitsversorgung in folgenden Bereichen:

- medizinische Grundversorgung
- externe Konsultation von Fachärzten
- Behandlung im Krankenhaus
- Zahnbehandlung
- Patiententransporte und Rettungstransporte

Abgedeckte Leistungen

Der Anspruch auf kostenlose Leistungen des Gesundheitswesens besteht bei Inanspruchnahme der Dienste der Leistungserbringer, die einen Vertrag mit dem NFZ geschlossen haben und daher zur Erbringung solcher Leistungen verpflichtet sind.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind Ärzte, die im Rahmen der allgemeinen Krankenversicherung praktizieren (Ärzte, Zahnärzte), Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Notfalldienste, Ambulanzen, externe Ambulanzen usw.) sowie Privatpraxen (allein praktizierende Ärzte, Fachärzte oder Gemeinschaftspraxen).

Medizinische Grundversorgung

Die medizinische Grundversorgung umfasst die Untersuchungen und Beratung durch einen Hausarzt. Zur Bestätigung der Erstdiagnose kann der Arzt den Patienten auch zu weiteren diagnostischen Untersuchungen an einen Facharzt oder in ein Krankenhaus überweisen.

Zahnärztliche Leistungen

Der größte Teil der zahnärztlichen Behandlungen durch Zahnärzte, die einen Vertrag mit dem NFZ geschlossen haben, ist vom Patienten zu tragen.

Eine kostenlose zahnärztliche Behandlung wird im System der allgemeinen Krankenversicherung nur eingeschränkt nach Maßgabe der Verordnung des

Gesundheitsministers bewilligt. Alle Leistungen und Produkte, die über diesen Rahmen hinausgehen, sind vom Patienten zu bezahlen.

Behandlung im Krankenhaus

Die Verfahren, Untersuchungen und Arzneimittel während der stationären Behandlung sind kostenlos.

Arzneimittel und medizinische Geräte

Versicherte oder Anspruchsberechtigte haben Anspruch auf Arzneimittel und medizinische Geräte aufgrund einer Verordnung eines Arztes, der im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversicherung praktiziert, oder eines Arztes, der nicht in diesem System arbeitet, aber einen Vertrag mit dem NFZ geschlossen hat, der ihm die Ausstellung solcher Verordnungen gestattet.

In einer offiziellen Arzneimittelliste werden Arzneimittel in drei Klassen eingestuft:

- Für grundlegende Medikamente zahlen Patienten einen vom Gesundheitsminister (*Minister Zdrowia*) festgelegten Preis (PLN 3,25 (€ 0,75) oder PLN 5,00 (€ 1,15)) von höchstens 0,5% des Mindestlohns.
- Für spezielle zusätzliche Medikamente werden 30% bis 50% des Preises vom Versicherten getragen.
- Sonstige Medikamente sind voll vom Versicherten zu zahlen.

Medikamente in Krankenhäusern sind kostenfrei.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Patienten können ihren Hausarzt frei wählen.

Die Ambulanzen sind von Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr geöffnet. Nach 18 Uhr, an Werktagen und Samstagen, Sonn- und Feiertagen wird eine Versorgung rund um die Uhr in Einrichtungen geboten, die einen diesbezüglichen Vertrag geschlossen haben. Sie bieten externe Konsultationen sowie ambulante Dienste, also Hausbesuche, wenn der Patient nicht in der Lage ist, das Haus zu verlassen. Anschrift und Telefonnummern dieser Einrichtungen sind in den Ambulanzen der medizinischen Grundversorgung erhältlich.

Patienten, die einen Facharzt aufsuchen müssen, benötigen eine Überweisung eines Arztes, der im Rahmen des allgemeinen Krankenversicherungssystems praktiziert (Allgemeinmediziner/ Hausarzt). Für folgende Fachärzte ist keine Überweisung erforderlich: Gynäkologen und Geburtshelfer, Zahnärzte, Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Onkologen, Augenärzte und Psychiater; Patienten mit Tuberkulose oder HIV, Kriegsversehrte und Opfer von Unterdrückung, Alkoholiker, Drogenabhängige und Abhängige von psychoaktiven Substanzen, die sich einem Entzug unterziehen. Bei einem Unfall, einer Verletzung, Vergiftung oder lebensbedrohlichen Situation erhält ein Leistungsberechtigter die erforderlichen medizinischen Leistungen auch ohne Verordnung.

Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, benötigen eine ärztliche Einweisung.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Bei Krankheit eines Versicherten oder eines Mitglieds seiner Familie sowie bei Mutterschaft gewährt die Krankenversicherung Geldleistungen.

Die Krankengeldversicherung zahlt folgende Leistungen: Krankengeld, Rehabilitationsleistung, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld und Betreuungsgeld.

Krankengeld (*Zasilek chorobowy*)

Das Krankengeld ist eine von der Krankengeldversicherung gezahlte Grundleistung. Jeder erkrankte Versicherte, dessen Versicherungsschutz noch besteht, hat ab dem 34. Krankheitstag Anspruch auf diese Leistung (oder ab dem 15. Tag, wenn er das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat). Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld nach 30 aufeinanderfolgenden Tagen der Mitgliedschaft in der Krankengeldversicherung, wenn sie pflichtversichert sind, oder nach 180 aufeinanderfolgenden Tagen der Mitgliedschaft in der Krankengeldversicherung, wenn sie freiwillig versichert sind.

Folgende Personen haben Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag ihrer Mitgliedschaft in der Krankengeldversicherung:

- Junge Menschen mit Gymnasial- oder Hochschulabschluss, die krankengeldversichert sind oder innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung ihres Studiums oder Erhalt ihres Diploms eine Krankengeldversicherung abgeschlossen haben
- Personen, die infolge eines Unfalls auf dem Weg zur Arbeit arbeitsunfähig sind
- Versicherte, die seit mindestens 10 Jahren Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind
- Abgeordnete und Senatoren, die innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung ihres Mandats eine Krankengeldversicherung abgeschlossen haben

Das Krankengeld wird aufgrund eines ärztlichen Attests bewilligt, das auf dem Vordruck ZLA der ZUS ausgestellt wird und die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

Geldleistung bei Pflege eines kranken Familienangehörigen (*Zasilek opiekuńczy*)

Das Betreuungsgeld wird allen Versicherten gezahlt, die ihrer Arbeit nicht weiter nachgehen müssen, weil sie sich persönlich um ein gesundes Kind unter acht Jahren oder ein krankes Kind unter 14 Jahren oder ein anderes krankes Familienmitglied kümmern müssen. Als Kinder angesehen werden: eigene Kinder eines Arbeitnehmers oder dessen Ehepartner, seine/ihre adoptierten Kinder, und andere Kinder, die von dem Arbeitnehmer oder dessen Ehepartner aufgezogen und unterhalten werden. Der Begriff „Familienmitglied“ bedeutet: ein Ehepartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Enkel, Geschwister, und Kinder älter als 14 Jahre, wenn diese im gleichen Haushalt mit der versicherten Person während des Pflegezeitraums leben.

Vater und Mutter des Kindes haben beide zu gleichen Teilen Anspruch auf das Betreuungsgeld, doch wird es nur dem Elternteil ausgezahlt, der den Antrag auf diese Leistung für den entsprechenden Zeitraum stellt. Die Leistung wird nur gewährt, wenn

keine andere Person im gemeinsamen Haushalt das Kind oder kranke Familienmitglied pflegen kann. Folgende Gruppen gehören u.a. jedoch nicht zu diesen anderen Personen im gemeinsamen Haushalt: Personen, die vollständig arbeitsunfähig sind, kranke Personen, Personen mit körperlichen und geistigen Behinderungen aufgrund ihres Alters, Landwirte oder Personen, die wirtschaftlich aktiv sind außerhalb des Landwirtschaftssektors, und die ihre Arbeitsstunden nicht eigenständig regulieren können.

Rehabilitationsbeihilfe (*Zasilek rehabilitacyjny*)

Die Rehabilitationsbeihilfe wird Versicherten bewilligt, die keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben, aber weiterhin arbeitsunfähig sind. Sie kann für die Zeit bis zur Rückgewinnung der Arbeitsfähigkeit gewährt werden, ist aber auf höchstens 12 Monate begrenzt. Diese Leistung wird von der zuständigen Zweigstelle der ZUS auf der Grundlage eines Gutachtens eines Vertrauensarztes der ZUS bewilligt.

Ausgleichszahlung (*Zasilek wyrównawczy*)

Die Ausgleichszahlung wird nur versicherten Arbeitnehmern gewährt. Sie wird Personen bewilligt, deren Monatslohn gekürzt wurde, weil sie an einer Umschulung teilnehmen. Die Notwendigkeit dieser Umschulung wird vom arbeitsmedizinischen Zentrum der betreffenden Region (*województwo*) oder einem Vertrauensarzt der ZUS beurteilt.

Abgedeckte Leistungen

Krankengeld

In den ersten 33 Tagen zahlt der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer weiterhin seinen Lohn. Das Krankengeld wird für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Feiertage gezahlt. Es entspricht einem Dreißigstel des Lohns, der als Bemessungsgrundlage dient. Es wird während der Arbeitsunfähigkeit gezahlt, jedoch nicht länger als 182 Tage bzw. 270 Tage, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Tuberkulose bedingt ist oder während einer Schwangerschaft eintritt.

Das Krankengeld kann bis zu 80 % der Bemessungsgrundlage bzw. für die Zeit des Krankenhausaufenthalts 70 % der Bemessungsgrundlage erreichen. Geht die Arbeitsunfähigkeit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurück, tritt sie während einer Schwangerschaft ein oder ergibt sie sich aus der Notwendigkeit medizinischer Untersuchungen für potenzielle Spender von Zellen, Gewebe oder Organen oder aus der tatsächlichen Entnahme von Zellen, Gewebe oder Organen, beläuft sich das Krankengeld auf 100 % der Bemessungsgrundlage (auch für den Zeitraum des Krankenhausaufenthalts).

Geldleistung bei Pflege eines kranken Familienangehörigen

Das Betreuungsgeld ist allerdings auf höchstens 60 Tage pro Kalenderjahr begrenzt, wenn ein Kind unter acht Jahren oder ein krankes Kind unter 14 Jahren betreut werden muss, sowie auf höchstens 14 Tage pro Kalenderjahr, wenn ein Kind über 14 Jahren oder ein anderes krankes Familienmitglied gepflegt werden muss. Der Bezugszeitraum des Betreuungsgeldes, das für die aus unterschiedlichen Gründen erforderliche Betreuung von Kindern oder anderen Familienmitgliedern unabhängig von der Anzahl der betreuungsbedürftigen Familienmitglieder bewilligt wird, darf

insgesamt 60 Tage (oder 14 Tage) pro Kalenderjahr nicht überschreiten. Das Betreuungsgeld beträgt 80 % der Bemessungsgrundlage. Bei Arbeitnehmern entspricht dies dem durchschnittlichen Monatslohn der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Rehabilitationsbeihilfe

Die Rehabilitationsbeihilfe kann während der ersten 90 Leistungstage bis zu 90 % und während der übrigen Zeit bis zu 75 % der Bemessungsgrundlage des Krankengeldes ausmachen. Beruht die Arbeitsunfähigkeit auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit oder tritt sie während der Schwangerschaft ein, beträgt die Leistung 100 % der Bemessungsgrundlage des Krankengeldes.

Ausgleichszahlung

Die Ausgleichszahlung wird für den Zeitraum der Umschulung gewährt, ist jedoch auf höchstens 24 Monate begrenzt. Sie entspricht dem Differenzbetrag zwischen dem durchschnittlichen Monatslohn der 12 Monate vor der Umschulung und dem geringeren Monatslohn.

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Es muss eine ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Krankheitstag vorliegen. Gegebenenfalls kann eine erneute Untersuchung durch einen zugelassenen Arzt der Sozialversicherung erforderlich sein.

Die versicherte Person ist laut Gesetz dazu verpflichtet, dem Beitragszahler innerhalb von sieben Tagen nach Ausstellung die ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Kommt sie dieser Verpflichtung nicht nach, können Kranken- und Betreuungsgeld ab dem 8. Tag nach Erhalt der Bescheinigung um 25 % gekürzt werden.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Das Mutterschaftsgeld (*zasiłek macierzyński*) ist allen Versicherten zu gewähren, die bei bestehendem Versicherungsschutz oder während ihres Mutterschaftsurlaubs:

- ein Kind zur Welt bringen
- ein Kind im Alter von bis zu sieben Jahren aufnehmen, um es aufzuziehen, und beim Vormundschaftsgericht einen Antrag auf Adoption dieses Kindes einreichen
- ein Kind im Alter von bis zu sieben Jahren aufnehmen, um es in der Pflegefamilie aufzuziehen

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld kann auch vom Kindesvater erhoben werden, sofern er versichert ist und die Mutter des Kindes mindestens 14 Wochen Mutterschaftsurlaub genommen hat. In diesem Fall kann sie den Rest ihres Urlaubsanspruchs an den Vater des Kindes abtreten, der Anspruch auf Mutterschaftsurlaub hat oder eine Erwerbstätigkeit unterbrochen hat, um sich persönlich um das Kind zu kümmern. Möchte der Vater den restlichen Mutterschaftsurlaub nicht in Anspruch nehmen, darf die Mutter des Kindes ihren Urlaub nicht abkürzen und muss ihn bis zu seinem Ende nehmen.

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld kann in den folgenden Fällen auch vom Kindesvater, sofern er versichert ist, oder von einem anderen versicherten Familienmitglied geltend gemacht werden:

- Die Mutter des Kindes ist verstorben oder hat das Kind verlassen, und/oder
- Die betreffenden Personen geben ihren Arbeitsplatz oder ihre sonstige Erwerbstätigkeit auf, um sich um das Kind zu kümmern.

Des Weiteren können Eltern Anspruch machen auf zusätzliches Mutterschaftsgeld (*Do-datkowy zasiłek macierzyński*) und auf Leistung während des Elternurlaubs (*Urlop rodzicielski*).

Abgedeckte Leistungen

Das Mutterschaftsgeld wird für die Zeit des Mutterschaftsurlaubs gezahlt. Die Leistungsdauer richtet sich nach der Zahl der bei einer Entbindung geborenen Kinder:

- 20 Wochen für das erste Kind
- 31 Wochen für Zwillinge
- 33 Wochen für Drillinge
- 35 Wochen für Vierlinge
- 37 Wochen bei einer Mehrlingsgeburt mit fünf oder mehr Kindern.

Die Beihilfe beträgt 100 % der Bemessungsgrundlage. Bei Arbeitnehmerinnen entspricht diese dem durchschnittlichen Monatslohn der 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Darüber hinaus können Eltern von Kindern, die nach dem 31. Dezember 2012 geboren sind, Anspruch machen auf:

- zusätzliches Mutterschaftsgeld (*Dodatkowy zasiłek macierzyński*) für einen Zeitraum von 6 Wochen (8 Wochen im Fall von Mehrlingen), der in seiner Gesamtheit oder in zwei direkt aufeinander folgenden Abschnitten, von einer oder mehreren Wochen, genommen werden kann. Der Betrag des zusätzlichen Mutterschaftsgelds entspricht dem des Mutterschaftsgelds;
- eine Leistung während der 26 Wochen des Elternurlaubs. Der Urlaub kann entweder in seiner Gesamtheit von einem der beiden Elternteile genommen werden oder in zwei oder drei direkt aufeinander folgenden Abschnitten von nicht weniger als 8 Wochen. Der Betrag der Leistung während des Elternurlaubs beträgt 60% oder 80% (situationsabhängig) des durchschnittlichen Monatslohns wie es in den vorangegangenen 12 Monaten gezahlt wurde.

Elternurlaub (*Urlop rodzicielski*) von 26 Wochen, der entweder in seiner Gesamtheit von einem Elternteil genommen werden kann oder in zwei oder drei direkt aufeinanderfolgenden Abschnitten von nicht weniger als 8 Wochen.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Das Mutterschaftsgeld wird vom Sozialversicherungsfonds finanziert und entweder von der Sozialversicherungsanstalt (ZUS) oder vom Arbeitgeber ausgezahlt.

Für den Erhalt des Mutterschaftsgelds sind die ärztliche Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin für die Zeit vor der Entbindung und die Geburtsurkunde für die Zeit nach der Entbindung vorzulegen. Bei Zahlung durch die ZUS ist das Formular Z-3 zu verwenden.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Die Invaliditätsrentenversicherung bewilligt Geldleistungen bei einem Einkommensausfall aufgrund des Eintritts einer Invalidität (Arbeitsunfähigkeit). In diesem Fall erhalten die dieser Versicherung angeschlossenen Personen die Invaliditätsrente als Ausgleich für den Lohn- oder Einkommensverlust.

Die Invaliditätsrentenversicherung zahlt folgende Leistungen:

- die Invaliditätsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (*renta z tytułu niezdolności do pracy*)
- Ausbildungsgeld (*renta szkoleniowa*)
- Hinterbliebenenrente (*renta rodzinna*)

Die Invaliditätsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wird Personen gewährt, die aufgrund ihres Gesundheitszustands für teilweise oder vollständig unfähig erklärt werden, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Eine Person wird für vollständig arbeitsunfähig erklärt, wenn sie nicht mehr in der Lage ist, irgendeine Arbeit zu leisten. Sie wird für teilweise arbeitsunfähig erklärt, wenn sie in hohem Maß die Fähigkeit verloren hat, eine ihrer beruflichen Qualifikation entsprechende Arbeit zu leisten.

Grundkriterium für den Erhalt der Invaliditätsrente ist die vollständige oder teilweise Unfähigkeit, aufgrund einer Abnahme der physischen oder geistigen Fähigkeiten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, und die fehlende Aussicht, nach einer Rehabilitation die Arbeitsfähigkeit zurückzuerlangen. Die Arbeitsunfähigkeit wird für einen Zeitraum von längstens fünf Jahren festgestellt, außer wenn nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht zu erwarten ist, dass die Arbeitsfähigkeit vor Ablauf dieses Zeitraums wieder hergestellt ist; in diesem Fall wird ein längerer Zeitraum angesetzt.

Die Invaliditätsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wird der Person gezahlt, die gleichzeitig alle folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- sie ist arbeitsunfähig;
- sie kann die erforderlichen beitragspflichtigen und beitragsfreien Zeiten nachweisen
- Die Arbeitsunfähigkeit ist in den im Gesetz explizit genannten Zeiträumen eingetreten, beispielsweise während einer Versicherungszeit, einer Beschäftigungszeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld oder Sozialversicherungsbeihilfen (bei Krankheit oder Betreuung) oder spätestens 18 Monate nach deren Beendigung.

Die erforderlichen beitragspflichtigen und beitragsfreien Zeiten hängen von dem Alter ab, in dem der Versicherte arbeitsunfähig wurde:

- ein Jahr, wenn die Arbeitsunfähigkeit eintritt, bevor der Versicherte das Alter von 20 Jahren erreicht hat
- zwei Jahre, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Alter von 20 bis 22 Jahren eintritt
- zwei Jahre, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Alter von 22 bis 25 Jahren eintritt

- zwei Jahre, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Alter von 25 bis 30 Jahren eintritt
- fünf Jahre, wenn die Arbeitsunfähigkeit nach Vollendung des 30. Lebensjahres eintritt.

Bei Personen, die nach Vollendung des 30. Lebensjahrs arbeitsunfähig werden, muss der erforderliche Zeitraum von fünf Jahren innerhalb der 10 Jahre vor dem Antrag auf Invaliditätsrente liegen oder vor dem Tag des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit verstrichen sein.

Ausbildungsgeld (*Renta szkoleniowa*)

Der Anspruch auf Ausbildungsgeld wird jeder Person gewährt, die die Voraussetzungen erfüllt, um eine Invaliditätsrente zu erhalten, und der in einem Gutachten der Nutzen einer beruflichen Umorientierung aufgrund ihrer Unfähigkeit, ihre derzeitigen Aufgaben wahrzunehmen, bestätigt wird. Nach Bewilligung des Ausbildungsgeldes verweist der Rententräger die betroffene Person an das Arbeitsamt des Bezirks (powiat), das ihm zur Vorbereitung auf eine neue Tätigkeit eine Ausbildung anbietet. Das Ausbildungsgeld wird für einen Zeitraum von sechs Monaten gewährt, der gekürzt oder verlängert werden kann.

Der Zeitraum wird verkürzt, wenn der starost (leitender Beamter des powiat) den Rententräger davon in Kenntnis setzt, dass:

- eine Umschulung der betreffenden Person nicht möglich ist;
- die betreffende Person die Teilnahme an einer Umschulung verweigert.

Der genannte Zeitraum kann um die für eine Umschulung erforderliche Zeit verlängert werden, maximal jedoch um 30 Monate. Das Ausbildungsgeld kann demzufolge für höchstens 36 Monate gewährt werden.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe der Invaliditätsrente wird wie folgt berechnet:

- Invaliditätsrente aufgrund vollständiger Arbeitsunfähigkeit:
 - i. 24 % des Grundbetrags
 - ii. 1,3 % der Bemessungsgrundlage für jedes Jahr der beitragspflichtigen Zeiten
 - iii. 0,7 % der Bemessungsgrundlage für jedes Jahr der beitragsfreien Zeiten
 - iv. 0,7 % der Bemessungsgrundlage für jedes Jahr des verbleibenden Zeitraums, bis die 25 Erwerbsjahre erreicht sind, ab dem Tag, an dem der Antrag auf Invaliditätsrente gestellt wurde, bis zu dem Tag, an dem der Empfänger der Invaliditätsrente 60 Jahre alt wird
- Invaliditätsrente aufgrund vollständiger Arbeitsunfähigkeit: 75 % der Invaliditätsrente aufgrund vollständiger Arbeitsunfähigkeit
- Invaliditätsrente aufgrund vollständiger Arbeitsunfähigkeit und der Unfähigkeit zu selbstständiger Lebensführung, zuzüglich einer Unterstützungsbeihilfe;
- Ausbildungsgeld: 75 % der Bemessungsgrundlage der Invaliditätsrente; ihr Betrag darf jedoch nicht niedriger als die kleinste Invaliditätsrente aufgrund teilweiser Arbeitsunfähigkeit sein.

Der Betrag der Invaliditätsrente darf im Fall von vollständiger Arbeitsunfähigkeit PLN 831,15 (€ 192) nicht unterschreiten sowie PLN 637,92 (€ 147) im Fall von teilweiser Arbeitsunfähigkeit.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Die Arbeitsunfähigkeit wird von einem Vertrauensarzt der Sozialversicherungsanstalt (ZUS) in einem Gutachten beurteilt. Anhand dieses Gutachtens kann der zuständige Rententräger über die Leistungen beschließen, die sich nach der festgestellten Arbeitsunfähigkeit richten.

Die betroffene Person hat das Recht, gegen das Gutachten des Vertrauensarztes der ZUS beim Gutachtertteam der ZUS binnen 14 Tagen nach der Erstbegutachtung Widerspruch zu erheben. Dieser Rechtsbehelf kann über die für den Wohnort des Betroffenen zuständige Vertretung der ZUS eingelegt werden.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Mit der Reform des polnischen Sozialversicherungssystems im Jahr 1999 wurden differenzierte Kriterien für die Bewilligung der Altersrente (*emerytura*) je nach Alter der Versicherten eingeführt. Es gibt also unterschiedliche Bestimmungen für die drei folgenden Altersgruppen:

- Personen, die vor dem 1. Januar 1949 geboren sind
- Personen, die zwischen dem 1. Januar 1949 und dem 31. Dezember 1968 geboren sind
- Personen, die nach dem 31. Dezember 1968 geboren sind.

Personen, die vor dem 1. Januar 1949 geboren sind, haben Anspruch auf eine Altersrente ab dem Zeitpunkt, an dem sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- sie haben das Rentenalter – 60 Jahre für Frauen und 65 Jahre für Männer – erreicht
- sie können die erforderlichen Versicherungszeiten nachweisen, nämlich 20 Jahre bei Frauen und 25 Jahre bei Männern

Seit dem 1. Januar 2013 erhöht sich das Rentenalter schrittweise um einen Monat pro drei Monate für alle Altersgruppen, bis es 67 Jahre sowohl für Männer als auch für Frauen erreicht. Die ersten betroffenen dieser Erhöhung sind Frauen die 1953, und Männer die 1949 geboren wurden.

Der Anspruch auf Altersrente kann auch nach einer Versicherungszeit von 15 Jahren für eine Frau bzw. 20 Jahren für einen Mann gegeben sein. Ist die Altersrente dieser Personen niedriger als die vom Versicherungssystem garantierte Mindestrente, wird sie allerdings nicht auf die Höhe der Mindestrente angehoben.

Personen, die vor dem 1. Januar 1949 geboren sind, haben ferner Anspruch auf Vorruhestandsgeld, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Frauen müssen das Alter von 55 Jahren erreicht haben und mindestens 30 Jahre beitragspflichtige und beitragsfreie Zeiten bzw. mindestens 20 Jahre beitragspflichtige und beitragsfreie Zeiten nachweisen können, sofern sie für vollständig arbeitsunfähig erklärt wurden,
- Männer müssen das Alter von 60 Jahren erreicht haben und mindestens 35 Jahre beitragspflichtige und beitragsfreie Zeiten bzw. mindestens 25 Jahre beitragspflichtige und beitragsfreie Zeiten nachweisen können, sofern sie für vollständig arbeitsunfähig erklärt wurden.

Der Vorruhestand kann auch Personen gewährt werden, die 20 (Frauen) bzw. 25 (Männer) Versicherungsjahre nachweisen können, davon mindestens 15 Jahre (in bestimmten Fällen 10 Jahre) Arbeit unter besonders schweren Bedingungen oder an speziellen Arbeitsplätzen. Personen, die die genannten Voraussetzungen erfüllen, können in dem Alter in Rente gehen, das für besondere Berufsgruppen in der Verordnung über das Rentenalter der Arbeitnehmer festgelegt ist, die unter besonders schweren Bedingungen arbeiten oder spezielle Aufgaben erfüllen.

Einige besondere Gruppen von Versicherten, wie beispielsweise Kriegsversehrte oder Angehörige der Streitkräfte, Angestellte des öffentlichen Dienstes, Lehrer, Bergleute und Bahnarbeiter, genießen ebenfalls günstigere Bedingungen bei der Altersrente.

Personen, die zwischen dem 1. Januar 1949 und dem 31. Dezember 1968 geboren sind, können zu denselben Bedingungen, wie sie oben beschrieben wurden, in Rente gehen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- sie haben in keinen offenen Rentenfonds eingezahlt
- sie haben die Voraussetzungen für eine Altersrente bis zum 31. Dezember 2008 erfüllt.

Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1948 geboren sind und bis zum 31. Dezember 2008 nicht das erforderliche Rentenalter erreicht haben, um eine Altersrente (aufgrund einer unter besonders schweren Bedingungen oder an speziellen Arbeitsplätzen geleisteten Arbeit, aufgrund einer kreativen oder künstlerischen Arbeit), eine Altersrente aufgrund der in bestimmten Zeiten geleisteten Arbeit im Bergwerk oder eine Altersrente der Bahnarbeiter zu beziehen, können vor Erreichen des Alters von 60 Jahren (Frauen) bzw. 65 Jahren (Männer) in Rente gehen, wenn sie zum 1. Januar 1999 nachweisen können:

- dass sie während eines bestimmten Zeitraums unter besonders schweren Bedingungen gearbeitet oder spezielle Arbeit geleistet haben, die Anspruch auf eine Altersrente vor Erreichen des Alters von 60 Jahren (Frauen) bzw. 65 Jahren (Männer) verleiht
- dass sie mindestens 20 Jahre (Frauen) bzw. 25 Jahre (Männer) beitragspflichtige und beitragsfreie Zeiten zurückgelegt haben.

Seit 2009 haben einige Arbeitnehmer, die vor dem 1. Januar 1999 und/oder nach dem 31. Dezember 2008 unter besonderen Bedingungen gearbeitet oder Arbeit besonderer Art verrichtet haben, zudem Anspruch auf eine Überbrückungsrente (emerytura pomostowa). Einen Antrag auf Überbrückungsrente können Personen stellen, die unter anderem das 55. Lebensjahr (Frauen) bzw. das 60. Lebensjahr (Männer) vollendet und eine Versicherungszeit von mindestens 20 Jahren (Frauen) bzw. 25 Jahren (Männer) zurückgelegt haben sowie mindestens 15 Jahre unter besonderen Bedingungen gearbeitet oder eine Arbeit besonderer Art verrichtet haben. Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist eine weitere Voraussetzung für den Bezug der Rente. Die Höhe der Rente wird ähnlich wie die der „neuen“ Altersrente ermittelt. Allerdings wird bei der Berechnung unabhängig vom tatsächlichen Rentenalter einer bestimmten Person immer die durchschnittliche Lebenserwartung für Personen im Alter von 60 Jahren berücksichtigt. Der Anspruch auf Überbrückungsrente erlischt an dem Tag, der dem Erwerb des Anspruchs auf Altersrente vorausgeht bzw. bei Personen, die keinen Anspruch auf Altersrente haben, am Tag vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters.

Die nach dem 31. Dezember 1968 Geborenen haben Anspruch auf Altersrente, sobald sie 60 Jahre (Frauen) bzw. 65 Jahre (Männer) alt sind. In diesem Fall müssen sie für ihren Rentenanspruch keine Mindestversicherungszeit nachweisen. Für diese Kategorie von Versicherten ist die Höhe der Altersrente das Ergebnis der Teilung der Bemessungsgrundlage durch die durchschnittliche Lebenserwartung für Personen in dem Alter, in dem der Versicherte beschließt, in Rente zu gehen.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe der genannten Altersrenten hängt von folgenden Faktoren ab:

- Betrag der Bemessungsgrundlage
- Anzahl der beitragspflichtigen und beitragsfreien Zeiten, die vom Versicherten nachgewiesen werden können
- tatsächlicher Grundbetrag zum Datum der Entstehung des Rentenanspruchs.

Die Bemessungsgrundlage der Altersrente entspricht der in Polen gesetzlich festgelegten Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungs- oder Altersrentenversicherungsbeiträge, die für einen Zeitraum von 10 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren gezahlt wurden; diese werden unter den letzten 20 Jahren ausgewählt, die dem Jahr des Antrags auf Verrentung unmittelbar vorausgehen.

Zur Feststellung der Bemessungsgrundlage für die Altersrente kann der Versicherte auch die durchschnittliche Bemessungsgrundlage für die Sozialbeiträge aus 20 frei gewählten Kalenderjahren im gesamten Versicherungszeitraum angeben.

Diese Bemessungsgrundlage wird durch Multiplikation des jeweiligen Koeffizienten der Bemessungsgrundlage mit dem Grundbetrag festgesetzt.

Der Grundbetrag entspricht 100 % des durchschnittlichen Lohns abzüglich der vom Versicherten im vorhergehenden Kalenderjahr entrichteten Sozialbeiträge. Der Grundbetrag wird jährlich festgesetzt und gilt vom 1. März jedes Kalenderjahres bis zum letzten Tag im Februar des darauf folgenden Jahres.

Die Altersrente beträgt:

- 24 % des wie oben angegeben ermittelten Grundbetrags
- 1,3 % seiner Bemessungsgrundlage für jedes beitragspflichtige Jahr
- 0,7 % seiner Bemessungsgrundlage für jedes Jahr der beitragsfreien Zeiten unter Berücksichtigung spezieller Rechtsvorschriften.

Die gesetzliche Mindestrente beträgt PLN 831,15 (€ 192) und die Höchstrente 100 % des Bezugsentgelts.

Die Anzahl der berücksichtigten beitragsfreien Zeiten ist auf ein Drittel der beitragspflichtigen Zeiten beschränkt.

Für Personen, die nach dem 31. Dezember 1968 geboren sind, entspricht die Bemessungsgrundlage der Rente dem Betrag der vom Versicherten bis zum Ablauf des Monats gezahlten Beiträge, ab dem er Anspruch auf eine Rente hat. Dieser Betrag umfasst die Beiträge zur Rentenversicherung, die jährliche Neubewertung und das ordnungsgemäß neu bewertete Anfangskapital (wenn der Versicherte vor dem 1. Januar 1999 versichert war).

Das Alter des Versicherten am Tag seines Rentenanstritts wird in Jahren und Monaten ausgedrückt. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist eine statistische Größe zur Ermittlung der Anzahl der Monate, in denen durchschnittlich eine neue Altersrente

ausgezahlt wird. Die Überschreitung dieser Anzahl von Monaten berührt keinesfalls den Betrag oder den Grundsatz der Neubewertung der künftig gezahlten Rente.

Bezug von Altersrenten

Jeder Beitragszahler muss innerhalb von sieben Tagen nach Entstehen der Versicherungspflicht (Unterzeichnung eines Arbeitsvertrags bei Arbeitnehmern oder Aufnahme der Tätigkeit bei Selbständigen) einen Antrag auf Sozialversicherungsschutz stellen. Alle Personen, die von der gesetzlichen Alters- und Invaliditätsrentenversicherung abgedeckt sind, müssen einen solchen Antrag stellen.

Freiwillig Versicherte können ihren Antrag zu einem von ihnen gewählten Zeitpunkt stellen. Die Anträge auf Sozialversicherungsschutz müssen bei der ZUS in Form eines besonderen Vordrucks, eines von der ZUS ausgearbeiteten elektronischen Dokuments, das den Beitragszahlern zur Verfügung gestellt wird, oder einer gedruckten Version dieses Dokuments in guter Druckqualität eingereicht werden.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Die Hinterbliebenenrente (*renta rodzinna*) wird den überlebenden Familienmitgliedern eines Versicherten, der zum Zeitpunkt seines Todes eine Altersrente oder eine Invaliditätsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bezog, oder eines Versicherten gezahlt, der die Voraussetzungen für eine Alters- oder Arbeitsunfähigkeitsrente erfüllte. Bei der Beurteilung des Anspruchs auf Hinterbliebenenrente wird vorausgesetzt, dass der Verstorbene vollständig arbeitsunfähig war.

Folgende Personen können eine Hinterbliebenenrente beanspruchen:

- die Kinder, darunter diejenigen des Versicherten und des Ehegatten sowie adoptierte Kinder, die noch nicht 16 Jahre alt sind bzw., wenn sie studieren, noch nicht 25 Jahre alt sind. Die Rente wird ungeachtet ihres Alters Kindern gezahlt, die für vollständig arbeitsunfähig erklärt wurden, bevor sie das 16. bzw., wenn sie studieren, das 25. Lebensjahr vollendet haben.
- die Enkelkinder, die Geschwister und sonstige vom Versicherten aufgezogene und unterhaltene Kinder bis zu ihrer Volljährigkeit, wenn sie die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - i. Sie wurden mindestens ein Jahr vor dem Tod des Arbeitnehmers oder Rentners von diesem aufgenommen, es sei denn, die Todesursache war ein Unfall.
 - ii. Sie haben keinen Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Eltern überleben, wenn ihre Eltern sie nicht unterhalten können oder wenn der Arbeitnehmer, der Rentner oder sein Ehegatte die vom Gericht ernannten gesetzlichen Vormunde sind.
- Verwitwete, wenn sie zum Zeitpunkt des Todes des Ehegatten 50 Jahre alt oder arbeitsunfähig sind. Wenn sie dieses Alter noch nicht erreicht haben, aber mindestens eines der Kinder, Enkelkinder oder Geschwister unter 16 Jahren aufziehen, das die Hinterbliebenenrente der verstorbenen Person beanspruchen kann, haben sie ebenfalls Anspruch auf diese Rente. Studiert das Kind, Enkelkind oder der Bruder/die Schwester der verstorbenen Person, können die Verwitweten ebenfalls die Hinterbliebenenrente beanspruchen, bis das Kind 18 Jahre alt ist. Sie können außerdem diese Rente beanspruchen, wenn sie ein vollständig arbeitsunfähiges Kind betreuen. Auch die Verwitweten, die das Alter von 50 Jahren erreicht haben oder weniger als fünf Jahre nach dem Tod des Ehegatten für arbeitsunfähig erklärt werden oder nachdem sie nicht mehr ein Kind unter 16 Jahren (18 Jahren, wenn das Kind studiert) oder ein Kind, das für vollständig arbeitsunfähig erklärt wurde, betreuen, haben Anspruch auf Hinterbliebenenrente. Geschiedene oder verwitwete Personen, die zum Zeitpunkt des Todes ihres Ehegatten nicht in ehelicher Gemeinschaft mit ihm lebten, können die Hinterbliebenenrente beanspruchen, wenn der Ehegatte zusätzlich zu den Voraussetzungen, die für Verwitwete zum Zeitpunkt des Todes des Ehepartners gelten, kraft eines Gerichtsbeschlusses oder einer vor Gericht getroffenen Vereinbarung Unterhalt zahlte
- Eltern können die Hinterbliebenenrente beanspruchen, wenn sie dieselben Voraussetzungen wie Verwitwete erfüllen oder wenn ihr verstorbenes Kind erheblich zu ihrem Unterhalt beitrug.

Verwitwete oder Kinder verlieren ihren Anspruch auf Hinterbliebenenrente bei einer Verheiratung nicht.

Bestattungsbeihilfe (*Zasiłek pogrzebowy*)

Das Bestattungsbeihilfe wird gezahlt im Fall des Todes:

- einer versicherten Person
- eines Empfängers einer Alters- bzw. Invaliditätsrente
- einer Person, die zum Zeitpunkt ihres Todes diese Rente nicht bezieht, jedoch die Voraussetzungen für einen Anspruch darauf erfüllt
- eines Familienmitglieds der unter Punkt 1 und 2 genannten Personen.

Die Bestattungsbeihilfe ist ein Pauschalbetrag von PLN 4.000 (€ 923).

Abgedeckte Leistungen

Die Hinterbliebenenrente beträgt:

- für einen Anspruchsberechtigten: 85 % der Rente, die der verstorbene Versicherte beanspruchen konnte
- für zwei Anspruchsberechtigte: 90 % der Rente, die der verstorbene Versicherte beanspruchen konnte
- für drei oder mehr Anspruchsberechtigte: 95 % der Rente, die der verstorbene Versicherte beanspruchen konnte

Die gesetzliche Mindestrente beträgt PLN 831,15 (€ 192) Alle Familienmitglieder mit Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente beziehen eine kombinierte Rente, die bei Bedarf zu gleichen Teilen zwischen den Anspruchsberechtigten aufgeteilt wird.

Die Bestattungsbeihilfe wird nur einmal gezahlt. Es kann der Person bewilligt werden, die die Beisetzungskosten übernommen hat, oder dem Arbeitgeber, einem Sozialhilfezentrum, einer Kommune, einem powiat (Bezirk) oder einer Rechtsperson der Kirche oder einer religiösen Gemeinschaft, wenn sie die Beisetzungskosten übernommen haben. Die Bestattungsbeihilfe - ein Pauschalbetrag - beläuft sich auf PLN 4.000 (€ 923). Der Anspruch auf diese Leistung verfällt, wenn der Antrag nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem Todesdatum der Person gestellt wird, für die sie bewilligt werden könnte.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Die Entscheidung über die Gewährung einer Alters- oder Hinterbliebenenrente liegt bei dem für den Wohnort des Antragstellers zuständigen Rententräger. Für die Bewilligung einer Rente ist zunächst von der betreffenden Person ein Antrag zu stellen. Der Rententräger trifft seine Entscheidung in allen Fällen binnen 30 Tagen nach Erfüllung der letzten Voraussetzungen für den Rentenbezug.

Ein Antragsteller hat das Recht, Widerspruch gegen den Bescheid des Rententrägers zu erheben. Jede Person, die mit der Entscheidung nicht einverstanden ist, hat das Recht, binnen eines Monats nach Zustellung des Bescheids Widerspruch beim Arbeits- und Sozialversicherungsgericht des Bezirks zu erheben. Dieser Widerspruch ist über den dem Rententräger einzulegen, der die Entscheidung getroffen hat.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die meisten Erwerbstätigen müssen eine gesetzliche Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten abschließen. Der Abschluss einer freiwilligen Versicherung ist nicht möglich.

Die Leistungen bei Krankheit, die Invaliditätsrente und die Entschädigungsleistungen für einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit werden von der Unfallversicherung gezahlt.

Leistungen bei Krankheit

- Versicherten, die aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig sind, wird Krankengeld (*zasitek chorobowy*) gezahlt. Es wird unabhängig von der Dauer des bisherigen Unfallversicherungsschutzes ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit gewährt.
- Versicherten, die noch arbeitsunfähig sind, jedoch keinen Anspruch mehr auf Krankengeld haben, und bei denen die Fortsetzung der Behandlung oder die therapeutische Rehabilitation die Wiedererlangung seiner Arbeitsfähigkeit erwarten lässt, wird eine Rehabilitationsleistung (*świadczenie rehabilitacyjne*) gezahlt. Sie wird für längstens 12 Monate gewährt.
- beschäftigten Versicherten (Arbeitnehmern), deren Lohn aufgrund einer dauerhaften oder langwierigen Invalidität gekürzt wurde, wird eine Ausgleichszahlung (*zasitek wyrównawczy*) geleistet.

Weiterführende Informationen zu diesen Beihilfen finden sich im Abschnitt über Geldleistungen bei Krankheit.

Invaliditätsrente (*Renta*)

- Einem Versicherten, bei dem eine Umschulung aufgrund seiner durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit bedingten Unfähigkeit, die vorher ausgeübte Tätigkeit fortzusetzen, als sinnvoll erachtet wird, wird ein Ausbildungsgeld (*renta szkoleniowa*) gewährt. Nähere Informationen siehe Abschnitt über [Invaliditätsleistungen](#).
- Den Familienmitgliedern eines verstorbenen Versicherten oder Empfängers einer Invaliditätsrente nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit wird eine Hinterbliebenenrente (*renta rodzinna*) gezahlt. Nähere Informationen siehe Abschnitt über [Hinterbliebenenleistungen](#).
- Einem Versicherten, der infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig geworden ist, wird eine Invaliditätsrente (*renta z tytułu niezdolności do pracy*) gewährt.

Beihilfen (*Zasiłki*)

- Einem Versicherten, der infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit auf Dauer oder für lange Zeit arbeitsunfähig ist, wird eine pauschale Ausgleichszahlung (*jednorazowe odszkodowanie*) geleistet.
- Die Familienmitglieder eines Versicherten, der infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit verstorben ist, oder einer Person, der infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eine Invaliditätsrente bewilligt wurde, erhalten eine pauschale Ausgleichszahlung (*jednorazowe odszkodowanie*).
- Alle Kosten in Verbindung mit zahnärztlichen Behandlungen und Schutzimpfungen sowie die Bereitstellung orthopädischer Hilfen werden im gesetzlich festgelegten Rahmen übernommen.

Abgedeckte Leistungen

Die Invaliditätsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beträgt:

- 24 % des Grundbetrags
- 1,3 % der Bemessungsgrundlage für jedes Jahr der beitragspflichtigen Zeiten
- 0,7 % der Bemessungsgrundlage für jedes Jahr der beitragsfreien Zeiten
- 0,7 % der Bemessungsgrundlage für jedes hypothetische Jahr, d. h. die Jahre des verbleibenden Zeitraums, bis die 25 Jahre beitragspflichtiger und beitragsfreier Zeiten erreicht sind, ab dem Tag, an dem der Antrag auf Invaliditätsrente gestellt wurde, bis zu dem Tag, an dem der Leistungsempfänger 60 Jahre alt wird

Die Invaliditätsrente wegen Arbeitsunfähigkeit und das Ausbildungsgeld nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit dürfen nicht niedriger sein als:

- 60 % der Bemessungsgrundlage der Invaliditätsrente für eine Person, die teilweise arbeitsunfähig ist
- 80 % der Bemessungsgrundlage der Invaliditätsrente für eine Person, die vollständig arbeitsunfähig ist
- 100 % der Bemessungsgrundlage der Invaliditätsrente für eine Person, die das Ausbildungsgeld erhält.

Der Betrag der Invaliditätsrente wegen Arbeitsunfähigkeit nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit darf im Fall von vollständiger Arbeitsunfähigkeit PLN 997,38 (€ 230) nicht unterschreiten sowie PLN 765,50 (€ 177) im Fall von teilweiser Arbeitsunfähigkeit.

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Bei Krankheit aufgrund von Arbeitsunfall oder Berufskrankheit oder bei einer während der Schwangerschaft auftretenden Erkrankung erfolgt eine Übernahme durch die Sozialversicherungsanstalt in voller Höhe des Bezugsentgelts. War das Opfer einer Berufskrankheit der Gefahr bei mehr als einem Arbeitgeber ausgesetzt, so wird die Leistung vom letzten Arbeitgeber gezahlt.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Familienleistungen können von Personen beantragt werden, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- sie haben in dem Zeitraum, in dem die Leistung erbracht wird, ihren Wohnsitz in Polen,
- ihr monatliches Familieneinkommen darf PLN 539,00 (€ 124) pro Person oder PLN 623,00 (€ 144) im Fall einer Familie, die ein behindertes Kind aufzieht, nicht überschreiten.

Abgedeckte Leistungen

Das Kindergeld (*zasiłek rodzinny*) und seine Zuschläge (*dodatki*) sind die Grundfamilienleistungen.

Das Kindergeld wird ab der Geburt des Kindes bis zum Alter von 18 Jahren oder bis zur Beendigung des Studiums, jedoch nicht länger als bis zum Alter von 21 Jahren bzw. 24 Jahren gezahlt, wenn das Kind sein Studium fortsetzt und leicht oder schwer behindert ist. Es wird monatlich gezahlt. Die Gewährung von Kindergeld beinhaltet auch die eventuelle Gewährung von Zuschlägen:

- Entbindungsgeld in Form eines Pauschalbetrags (*dodatek z tytułu urodzenia dziecka*) kann gewährt werden, bis das Kind ein Jahr alt ist.
- Betreuungsgeld für eine Person in Elternurlaub (*dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego*), wenn sie mindestens sechs Monate gearbeitet hat, bevor sie Anspruch auf diesen Urlaub erhielt. Dieser Zuschlag kann für längstens 24 Monate gewährt werden, für 36 Monate, wenn die betreffende Person mehrere Kinder aus einer Mehrfachgeburt aufzieht, oder für 72 Monate, wenn das Kind behindert ist
- Alleinerziehungszulage (*dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka*): Gewährung an alleinerziehende Mütter oder Väter eines Kindes, an den eigentlichen Vormund oder gesetzlichen Erziehungsberechtigten ohne Gerichtsbeschluss zu Unterhaltszahlungen des zweiten Elternteils des Kindes, aufgrund des Todes dieses Elternteils oder weil der Vater des Kindes nicht bekannt ist. Dieser Zuschlag kann einer Person gewährt werden, die ihr Studium fortsetzt, wenn beide Eltern verstorben sind. Der Zuschlag wird aufgestockt bei einer Familie, die ein behindertes Kind aufzieht, oder wenn das Familieneinkommen pro Person 50 % des festgesetzten Höchstbetrags nicht überschreitet.
- Beihilfe für kinderreiche Familien (*dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej*), die monatlich für das dritte und jedes weitere Kind gezahlt wird, das Anspruch auf Kindergeld hat.
- Ausbildungs- und Rehabilitationsbeihilfe für behinderte Kinder (*dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego*) für ein Kind bis zum Alter von 16 Jahren mit einer amtlich bescheinigten Behinderung, oder von 16 bis 24 Jahren mit einer amtlich bescheinigten mittleren oder schweren Behinderung.

- Zulage zum Schuljahresbeginn (*Dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego*), die einmal jährlich zu Schuljahresbeginn gezahlt wird.
- Zulage für die Ausbildung von Kindern außerhalb des Wohnortes (*Dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania*) zur Deckung der Unterbringungskosten und der Fahrtkosten zu dem Ort, an dem sich die Ausbildungseinrichtung befindet. Dieser Zuschlag wird für zehn Monate pro Jahr gezahlt.

Die Familienleistungen sehen außerdem die Zahlung von Pflegeleistungen, d. h. Pflegebeihilfe, Pflegegeld und besondere Unterstützungsbeihilfe vor.

Pflegebeihilfe (*Zasilek pielęgnacyjny*)

Anspruchsberechtigte für eine Pflegebeihilfe sind behinderte Kinder unter 16 Jahren und Personen über 16 Jahren, die eine amtlich bescheinigte mittlere bis schwere Behinderung haben, die aufgetreten ist, bevor sie 21 Jahre waren. Diese Leistung wird außerdem Personen über 75 Jahren gewährt, die kein Pflegegeld zusätzlich zur Alters- oder Invaliditätsrente beanspruchen können. Die Leistung wird unabhängig vom Familieneinkommen gewährt.

Pflegegeld (*Świadczenie pielęgnacyjne*)

Pflegegeld wird für die notwendige Pflege eines Kindes gezahlt, für das die betroffene Person ihre Stellung aufgeben muss. Es kann der Mutter, dem Vater, dem tatsächlichen Vormund des Kindes, oder jeder anderen zu Unterhaltszahlungen verpflichteten Person gezahlt werden, wenn diese Person nicht arbeitet oder ihre Stellung oder jede sonstige Erwerbstätigkeit aufgibt, um sich um ein Kind zu kümmern:

- dessen Behinderung durch ein amtliches Dokument festgestellt ist, in dem die ständige oder andauernde Notwendigkeit der Pflege oder Unterstützung durch einen Dritten aufgrund der stark eingeschränkten Fähigkeit des Kindes zur selbstständigen Lebensführung, die Notwendigkeit der ständigen und täglichen Teilnahme des Vormunds des Kindes an der Behandlung, Rehabilitation und Ausbildung ausgewiesen wird, oder
- um sich um ein Kind mit einer bescheinigten schweren Behinderung zu kümmern.

Die Leistung wird unabhängig vom Familieneinkommen gewährt.

Besondere Unterstützungsbeihilfe (*Specjalny zasiłek opiekuńczy*)

Wird Personen mit einer Unterhaltspflicht gewährt, wenn sie ihre Beschäftigung oder andere Erwerbstätigkeit aufgeben, da dies für die ständige Pflege einer Person erforderlich ist, der ein hoher Behinderungsgrad oder eine Behinderung bescheinigt wurde und Bedarf hat an: ständiger und Langzeitpflege oder Unterstützung einer anderen Person aufgrund einer stark verminderten Fähigkeit ein selbstständiges Leben zu führen sowie an der täglichen Teilnahme einer Pflegeperson in dem Vorgang der Behandlung, Rehabilitation und Bildung des Kindes.

Besondere Unterstützungsbeihilfe wird gewährt, wenn das Gesamteinkommen pro Mitglied der Familie der pflegenden Person und pro Mitglied der Familie der pflegebedürftigen Person nicht den Betrag von PLN°623 (€°144) überschreitet.

Die besondere Unterstützungsbeihilfe beträgt PLN°520 (€°120) pro Monat.

Bezug von Familienleistungen

Familienleistungen können beantragt werden von:

- beiden Elternteilen
- einem Elternteil
- dem gesetzlichen Vormund des Kindes
- dem tatsächlichen Vormund des Kindes, d. h. der Person, die das Kind betreut und bei Gericht einen Antrag auf Adoption dieses Kindes gestellt hat
- jeder volljährigen Person, die studiert, jedoch nicht von ihren Eltern unterstützt wird, weil diese verstorben sind, oder die kraft eines Gerichtsbeschlusses Unterhalt von ihren Eltern erhält, wenn die Anordnung der Unterhaltszahlung erging, bevor die studierende Person volljährig wurde.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosenversicherung ist in Polen eine staatliche Pflichtversicherung. Sie gilt für Arbeitnehmer und Selbständige. Selbständige zahlen selbst Beiträge zum Arbeitsfonds, während die Beiträge der Arbeitnehmer insgesamt von den Arbeitgebern in den Fonds eingezahlt werden. Ein monatliches Einkommen mindestens in Höhe des Mindestlohns ist die Voraussetzung, um von der Sozialversicherung gegen Arbeitslosigkeit abgesichert zu sein.

Ein Arbeitsloser hat sieben Tage nach seiner Meldung beim zuständigen lokalen Arbeitsamt Anspruch auf Arbeitslosengeld für jeden Kalendertag:

- wenn kein Angebot für eine Stelle, Ausbildung, ein Praktikum, einen Ausbildungskurs beim Arbeitgeber bzw. kein Angebot für öffentliche Arbeiten vorliegt, die für diesen Arbeitslosen geeignet wären und
- wenn der Arbeitslose in den letzten 18 Monaten vor seiner Arbeitslosenmeldung mindestens 365 Tage gearbeitet und einen Lohn erhalten hat, der nicht geringer als der Mindestlohn war, auf dessen Grundlage die Beiträge in den Arbeitsfonds gezahlt wurde, oder er die Voraussetzungen durch Nachweis einer anderen Zeit erfüllt, die ihm Anspruch auf Arbeitslosengeld (zasiłek dla bezrobotnych) verleiht.

Vorruhestandsgeld (*Świadczenie przedemerytalne*)

Vorruhestandsleistungen sind für Personen bestimmt, denen gekündigt wurde, die jedoch noch nicht die Voraussetzungen für die Verrentung erfüllen. Beanspruchen können sie Personen, die fast das Rentenalter erreicht haben und denen aus Gründen gekündigt wurde, die vom Arbeitgeber zu verantworten sind. Vorruhestandsleistungen können außerdem von einem Arbeitslosen bezogen werden, der:

- mindestens sechs Monate lang Arbeitslosengeld erhalten hat und danach weiterhin arbeitslos gemeldet ist,
- während des Bezugs von Arbeitslosengeld nicht ohne triftigen Grund eine angemessene Stelle, eine Erwerbstätigkeit oder eine bezuschusste Stelle oder eine Stelle im Bausektor abgelehnt hat,
- einen Antrag auf Bewilligung von Vorruhestandsleistungen innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist stellt.

Abgedeckte Leistungen

Der Grundbetrag des Arbeitslosengeldes beläuft sich derzeit auf PLN 823,60 (€ 190) brutto pro Monat für einen Zeitraum von drei Monaten und danach auf PLN 646,70 (€ 149). Der Arbeitslose, bei dem der Zeitraum, der ihm Anspruch auf Arbeitslosengeld verleiht, kürzer als fünf Jahre ist, erhält einen Betrag in Höhe von 80 % des Grundbetrags. Der Arbeitslose, bei dem der Zeitraum, der ihm Anspruch auf Arbeitslosengeld verleiht, mindestens 20 Jahre beträgt, erhält einen Betrag in Höhe von 120 % des Grundbetrags.

Die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes hängt hauptsächlich von der Arbeitslosenquote in dem Kreis seines Wohnorts ab. Sie kann 6 oder 12 Monate betragen.

- 6 Monate in Gebieten mit einer Arbeitslosenquote von weniger als 150% des nationalen Durchschnitts,
- 12 Monate in Gebieten mit einer Arbeitslosenquote von mindestens 150% des nationalen Durchschnitts, oder wenn der Antragsteller eine Wartezeit von 20 Jahren abgeschlossen hat und das Alter von 50 Jahren überschritten hat, oder wenn der Ehepartner des Antragstellers arbeitssuchend ist, keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat und sie mindestens ein unterhaltsberechtigtes Kind unter 15 Jahren haben.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Antragsteller müssen beim lokalen Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sein. Die Karenzfrist liegt bei sieben Kalendertagen. Jeder Arbeitslose, der mit der Entscheidung über die Gewährung von Arbeitslosengeld nicht einverstanden ist, kann binnen 14 Tagen nach Zustellung des Bescheids vor Gericht Widerspruch erheben.

Die Vorruhestandsleistungen werden auf der Grundlage des vom Antragsteller gestellten Antrags bewilligt. Das entsprechende Formular ist bei der zuständigen Vertretung der ZUS am Wohnort des Antragstellers einzureichen. Gegen die Entscheidung des Rententrägers kann auf dieselbe Weise wie bei den Alters- und Invaliditätsrenten Widerspruch erhoben werden.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Das Sozialhilfegesetz verleiht Anspruch auf bestimmte beitragsunabhängige Leistungen für Privatpersonen und Haushalte, deren Einkommen eine untere Einkommensgrenze nicht überschreitet.

Abgedeckte Leistungen

Das Angebot der Sozialhilfe umfasst u. a. Geldleistungen, Sachleistungen und Unterstützung durch Sozialarbeiter. Die Sozialhilfe beinhaltet folgende Grundleistungen:

- dauernde Hilfe (*zasiłek stały*) für aufgrund ihres Alters oder einer Behinderung vollständig arbeitsunfähige Personen als Einkommensergänzung
- zeitweilige Hilfe (*zasiłek okresowy*) für Privatpersonen und Haushalte ohne Einkommen oder solche, deren Einkommen unterhalb der gesetzlichen Schwelle liegt und deren Barmittel nicht ausreichen, um ihren Lebensbedarf zu decken. Privatpersonen und Haushalten wird so vor allem die Möglichkeit gegeben, bei einer chronischen Krankheit, einer Behinderung oder bei Arbeitslosigkeit Ansprüche auf Leistungen anderer Zweige der sozialen Sicherheit zu erhalten oder zu erwerben.
- Hilfe bei besonderem Bedarf (*zasiłek celowy*) und die besondere individuelle Beihilfe, das sind Pauschalleistungen, die Privatpersonen und Haushalten zur Deckung eines besonderen Bedarfs gewährt werden.
- Beihilfe und Darlehen zur Erlangung einer finanziellen Unabhängigkeit
- Unterstützung für Pflegefamilien
- Unterstützung zur Entwicklung der Selbstständigkeit und zur Fortsetzung der Ausbildung
- Geldleistungen für Flüchtlinge zur Bestreitung der Lebenshaltungskosten und der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Erlernen der polnischen Sprache.

Die Sozialhilfe bietet ferner Sachleistungen in Form von Leistungsgutscheinen, Krankenversicherungs- und Sozialversicherungsbeiträgen, Bestattungsorganisation und fachliche Beratung.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Die Sachleistungen werden von Einheiten der zentralen und lokalen Verwaltungen in Zusammenarbeit mit Organisationen, wie z. B. Stiftungen, Vereine, die katholische Kirche, andere Kirchen und religiöse Gruppen, Gewerkschaften, Arbeitgeber sowie natürliche und juristische Personen, verwaltet. Die Geldleistungen werden durch die Sozialhilfezentren vor Ort verwaltet und vergeben.

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Krankenversicherung werden Pflegeleistungen für bettlägerige und chronisch kranke Patienten erbracht, welche keines Krankenhausaufenthalts bedürfen, aber Defizite in der Selbstpflege aufweisen und daher 24-stündiger, professioneller, intensiver Pflege und Krankenpflege sowie einer Weiterführung der Behandlung bedürfen.

Alle Altersgruppen haben Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (sowohl Kinder als auch Erwachsene). Das Hauptberechtigungskriterium für die Beanspruchung dieser Art von Pflege ist der Gesundheitszustand, der sich aus dem Grad der Behinderung, der Invalidität oder des Alters ergibt.

Die Sozialrente (*Renta socjalna*) wird an Erwachsene gezahlt, die als vollständig arbeitsunfähig anerkannt sind, aufgrund von Einschränkungen der Körperfunktionen, die auftraten:

- bevor das Alter von 18 Jahren erreicht wurde, oder
- während der Schulzeit oder dem Studium in einer höheren Bildungseinrichtung bevor das Alter von 25 Jahren erreicht wurde, oder
- während der Promotion oder einem Post-Graduate Programm (*aspirantura*).

Abgedeckte Leistungen

Für Sach- und Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit gibt es kein spezielles Sicherungssystem, Pflegeleistungen sind in der Gesetzgebung zu einer Anzahl von anderen Risiken wie Alter, Invalidität, Hinterbliebene und Krankheit und ebenso in der Gesetzgebung zur Sozialhilfe vorgesehen.

Geldleistungen sind einkommensabhängig (Einkommen, Renten, anderen Leistungen und Beihilfen). Die pflegebedürftige Person hat die freie Wahl zwischen Geld- und Sachleistungen. Der Empfang von Geldleistungen schließt jedoch in der Regel nicht automatisch die Möglichkeit ein, auch Sachleistungen gewährt zu bekommen.

Die Arten der finanziellen Unterstützung für pflegebedürftige Personen sind:

- **Pflegebeihilfe**,
- eine Pflegezulage: um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss eine Person als vollständig arbeitsunfähig und nicht in der Lage ein eigständiges Leben zu führen (unabhängig des Alters), eingestuft worden sein und über 75 Jahre alt sein,
- **Pflegegeld**.

Pflegebedürftige Personen in einer schwierigen finanziellen Situation können auch finanzielle Unterstützung vom Sozialhilfesystem erhalten, insbesondere die dauernde Hilfe, die zeitweilige Hilfe und die **Hilfe bei besonderem Bedarf**.

Die Sozialrente wird als feststehender Betrag von 84% der Mindestinvalidenrente gewährt. Seit dem 1. März 2013 beträgt sie PLN°698,17 (€°207).

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Invaliditätsleistungen setzen eine Beurteilung durch einen befugten Arzt der Sozialversicherungsanstalt voraus. Für andere Leistungen erfolgt eine Beurteilung durch die Behörden der Regionen (*voivodship*) und der Kreisverwaltung (*powiat*) zur Bestätigung des Behindertengrades.

Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Für Fragen der sozialen Sicherheit, die mehr als einen Mitgliedstaat der EU betreffen, können Sie in dem von der Europäischen Kommission geführten Verzeichnis der Träger einen Kontakt-Träger auswählen. Das Verzeichnis finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Wenn Sie wissen möchten, wie sich eine Versicherung in zwei oder mehr Mitgliedstaaten auf bestimmte Leistungen auswirkt, wenden Sie sich bitte an folgende Stelle:

Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa
<http://www.mpips.gov.pl>

Gesundheitsministerium
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
<http://www.mz.gov.pl>

Sozialversicherungsanstalt
Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)
ul. Szamocka 3,5
01-748 Warszawa
<http://www.zus.pl>

Staatlicher Fonds für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)
ul. J. Pawła II 13
00-828 Warszawa
<http://www.pfron.org.pl>

Nationale Gesundheitsfonds
ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
<http://www.nfz.gov.pl>