

Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

w Polsce

Spółeczna Europa



Komisja Europejska



Informacje zawarte w niniejszym przewodniku zostały opracowane i zaktualizowane w ścisłej współpracy z krajowymi korespondentami systemu wzajemnego informowania o ochronie socjalnej (MISSOC). Więcej informacji na temat sieci MISSOC znajduje się na następującej stronie internetowej:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pl&catId=815>

Niniejszy przewodnik zawiera ogólny opis rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w odpowiednich państwach. Dodatkowe informacje można uzyskać z innych publikacji MISSOC. Wszystkie te pozycje są dostępne na stronie, do której odsyła powyższy link. Można skontaktować się również z właściwymi organami i instytucjami, które zostały wymienione w załączniku I do niniejszego przewodnika.

Ani Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji nie mogą być pociągane do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.



Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie.....	6
Wprowadzenie	6
Organizacja ochrony socjalnej.....	6
Finansowanie	7
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń zabezpieczenia społecznego	8
Rozdział II: Opieka zdrowotna	9
Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?	9
Co obejmuje ubezpieczenie?	9
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?.....	10
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń opieki zdrowotnej.....	10
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	12
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	12
Co obejmuje ubezpieczenie?	13
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	14
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby	14
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa.....	15
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?	15
Co obejmuje ubezpieczenie?	15
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?	16
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa.....	16
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	17
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?	17
Co obejmuje ubezpieczenie?	18
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	18
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu inwalidztwa.....	19
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku	20
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	20
Co obejmuje ubezpieczenie?	21



W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	22
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu podeszłego wieku	23
Rozdział VII: Renty rodzinne	24
Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej?	24
Co obejmuje ubezpieczenie?	25
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	25
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do renty rodzinnej	25
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	27
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	27
Co obejmuje ubezpieczenie?	28
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	28
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.....	28
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	30
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?	30
Co obejmuje ubezpieczenie?	30
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	31
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń rodzinnych.....	31
Rozdział X: Bezrobocie	33
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	33
Co obejmuje ubezpieczenie?	33
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	34
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu bezrobocia	34
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	35
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	35
Co obejmuje ubezpieczenie?	35
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	35
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej.....	35



Rozdział XII: Opieka długoterminowa	37
Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?	37
Co obejmuje ubezpieczenie?	37
W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?	37
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do opieki długoterminowej	38
Załącznik I: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych	39
Załącznik II: Specjalne świadczenia nieskładkowe	40



Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Na system ubezpieczeń społecznych w Polsce składają się następujące elementy :

- ubezpieczenie emerytalne;
- ubezpieczenie rentowe;
- ubezpieczenie chorobowe i z tytułu macierzyństwa;
- ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych;
- ubezpieczenie zdrowotne.

Należy uwzględnić również system świadczeń rodzinnych, świadczeń pomocy społecznej oraz świadczeń z tytułu bezrobocia.

Zakres zastosowania systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce obejmuje prawie wszystkie osoby prowadzące działalność zawodową, to znaczy pracowników najemnych oraz osoby prowadzące działalność na własny rachunek jak również członków ich rodzin.

Ubezpieczenie społeczne może być obowiązkowe lub dobrowolne. Wszystkie osoby, które prowadzą działalność zawodową, to znaczy pracownicy najemni, osoby pracujące na własny rachunek oraz rolnicy, objęci są ubezpieczeniem obowiązkowym. Obowiązek zgłoszenia tych osób do systemu zabezpieczenia społecznego spoczywa na płatnikach (pracodawcy) lub na osobach, których to dotyczy, w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek i duchowieństwa.

Organizacja ochrony socjalnej

System zabezpieczenia społecznego mieści się w ogólnych ramach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia, ale organizacja systemu pod względem prawnym, administracyjnym i finansowym jest niezależna od tych ministerstw.

Następujące instytucje zarządzają systemami zabezpieczenia społecznego:

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz jego oddziały regionalne, które są odpowiedzialne za świadczenia pieniężne z tytułu choroby i macierzyństwa oraz emerytury, renty inwalidzkie, renty rodzinne, świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Zakład Ubezpieczeń Społecznych pobiera wszystkie składki na ubezpieczenie społeczne, a następnie przekazuje je właściwym instytucjom. Jednocześnie powszechny system obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego w Polsce obejmuje również fundusze emerytalne zarządzane przez prywatne instytucje finansowe. Fundusze są jednak ściśle monitorowane i nadzorowane przez państwo. Osoby ubezpieczone nie odprowadzają składek bezpośrednio do funduszy emerytalnych, ale wpłacają je do ZUS-u wraz z innymi składkami na ubezpieczenie społeczne. ZUS odpowiada za przekazanie części składek na ubezpieczenie emerytalne do funduszu emerytalnego wybranego przez danego ubezpieczonego;
- regionalne kasy chorych, które są odpowiedzialne za zapewnienie świadczeń z tytułu choroby i macierzyństwa;
- regionalne ośrodki polityki społecznej zapewniające świadczenia rodzinne;
- lokalne i regionalne urzędy pracy zapewniające świadczenia z tytułu bezrobocia;



- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PRON), który kontroluje dostęp osób niepełnosprawnych do zatrudnienia i rehabilitacji. Wszystkie programy rehabilitacji i zatrudnienia, w tym praca chroniona, są finansowane z wpłat pobieranych od pracodawców z tytułu niezapewnienia wymaganego poziomu zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

W Polsce systemem opieki zdrowotnej zarządza *Narodowy Fundusz Zdrowia* (NFZ) wraz z lokalnymi oddziałami w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. NFZ podpisuje kontrakty ze świadczeniodawcami usług na tworzenie nowych instytucji świadczących usługi opieki zdrowotnej. NFZ finansuje świadczenia z opieki zdrowotnej i pokrywa koszty refundacji leków z własnego budżetu.

Finansowanie

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) odpowiada w znacznej mierze za pobieranie składek na ubezpieczenie społeczne (ubezpieczenie emerytalne, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne) od osób zatrudnionych poza rolnictwem, jak również za wypłatę świadczeń.

Składki stanowią zasadnicze źródło finansowania świadczeń. Wysokość ich stawek dla ogółu zatrudnionych jest ustalona następująco:

- 19,52% podstawy wymiaru na ubezpieczenie emerytalne;
- 6,00% podstawy wymiaru na ubezpieczenie rentowe;
- 2,45% podstawy wymiaru na ubezpieczenie chorobowe;
- od 0,67% do 3,33% podstawy wymiaru na ubezpieczenie wypadkowe;
- 9,00% na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2,45% na Fundusz Pracy.

Składki na ubezpieczenie emerytalne są finansowane w równym stopniu przez ubezpieczonych i pracodawców, tj. każda z tych dwóch grup wpłaca 9,76% podstawy wymiaru, co daje łącznie 19,52%. Składki na ubezpieczenie rentowe są finansowane przez ubezpieczonych (1,5% podstawy wymiaru) i przez pracodawców (4,5% podstawy wymiaru). Składki związane z ubezpieczeniem chorobowym i zdrowotnym są w całości płacone przez ubezpieczonych. Natomiast składki na ubezpieczenie wypadkowe oraz na Fundusz Pracy są w całości finansowane przez pracodawców.

Wynagrodzenie, w znaczeniu, w jakim zostało określone przez przepisy dotyczące podatku dochodowego, stanowi podstawę wymiaru składek osób zatrudnionych.

Istnieją otwarte fundusze emerytalne, oferowane przez prywatne instytucje finansowe, działające w ramach powszechnego i obowiązkowego systemu emerytalnego osób zatrudnionych. ZUS jest odpowiedzialny za przekazywanie części składek na ubezpieczenie emerytalne (jednej trzeciej, tj. 2,3%) do otwartych funduszy emerytalnych wybranych przez osoby ubezpieczone. W przypadku ubezpieczonych, którzy nie korzystają z otwartych funduszy emerytalnych, całkowita suma składki ubezpieczenia emerytalnego jest przekazywana do ZUS-u, który finansuje emerytury, renty, świadczenia chorobowe oraz wypadkowe.



Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń zabezpieczenia społecznego

W państwach europejskich funkcjonują różne systemy zabezpieczenia społecznego, dlatego też powstały przepisy unijne w celu koordynowania tych systemów. Wspólne przepisy zapewniające dostęp do świadczeń socjalnych są istotne, aby zapobiegać powstawaniu niekorzystnej sytuacji pracowników europejskich i innych ubezpieczonych korzystających z prawa do swobodnego przepływu. Przepisy te opierają się na czterech zasadach:

- osoby przemieszczające się w Europie są zawsze ubezpieczone w ramach ustawodawstwa jednego państwa członkowskiego; zasadniczo będzie to państwo, w którym pracuje osoba aktywna zawodowo, lub państwo, w którym przebywa osoba nieaktywna zawodowo;
- zgodnie z zasadą równego traktowania osoba przemieszczająca się ma takie same prawa i obowiązki, jak obywatele państwa, w którym ta osoba jest ubezpieczona;
- w razie potrzeby okresy ubezpieczenia nabyte w innych państwach UE mogą zostać uwzględnione w celu przyznania świadczenia;
- świadczenia pieniężne mogą być eksportowane, jeżeli dana osoba mieszka w innym państwie niż państwo, w którym jest ona ubezpieczona.

Na przepisy UE dotyczące zabezpieczenia społecznego można powoływać się w 27 państwach członkowskich UE, Norwegii, Islandii, Liechtensteinie (EOG) oraz w Szwajcarii (łącznie w 31 państwach).

Na końcu każdego rozdziału przedstawiane są ogólne informacje na temat przepisów UE. Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania w UE, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Rozdział II: Opieka zdrowotna

Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?

Do korzystania z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Polski uprawnione są następujące osoby:

- osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (obowiązkowo lub dobrowolnie);
- osoby, które nie są bezpośrednio ubezpieczone, ale są obywatelami polskimi i spełniają kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej.

Dostęp do opieki zdrowotnej w przypadku pobytu czasowego w Polsce

Osoby uprawnione przebywające czasowo na terytorium Polski mogą korzystać z takich samych świadczeń opieki zdrowotnej, jak obywatele polscy. W trakcie czasowego pobytu w Polsce uprawnionemu przysługują świadczenia w następujących zakresach:

- podstawowa opieka zdrowotna;
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- hospitalizacja;
- leczenie dentystryczne;
- ratownictwo i transport medyczny.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Prawo do nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy usług tych świadczeniodawców, którzy zawarli kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia i którzy z tego tytułu są zobowiązani do świadczenia takich usług.

Należą do nich: lekarze praktykujący w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych (lekarze ogólni, lekarze dentyści), zakłady opieki zdrowotnej (szpitale, pogotowie ratunkowe, przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie itp.) oraz prywatne gabinety lekarskie (indywidualne, specjalistyczne, grupowe).

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje badania i porady udzielane przez lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz może także skierować pacjenta na badania diagnostyczne w celu potwierdzenia wstępnej diagnozy, które będą uzasadnieniem skierowania do specjalisty lub do szpitala.

Leczenie dentystryczne

Większość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z opieką stomatologiczną udzielaną przez stomatologów posiadających umowę z NFZ pokrywana jest ze środków własnych świadczeniobiorców.

Bezpłatne świadczenia opieki dentystrycznej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przysługują w bardzo ograniczonym zakresie, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Koszty świadczeń i materiałów nieobjętych tymi ramami pacjent pokrywa we własnym zakresie.



Hospitalizacja

Wszystkie zabiegi, badania i leki zapewniane podczas pobytu w szpitalu są bezpłatne.

Lekarstwa i wyroby medyczne

Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje beneficjentom lub osobom uprawnionym na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub przez innego lekarza, który zawarł kontrakt z NFZ upoważniający go do wystawiania recept.

W oficjalnym wykazie leków wprowadzono trzy kategorie:

- w przypadku leków podstawowych pacjent uiszcza opłatę ryczałtową w wysokości 3,25 PLN (0,82 EUR) lub 5,00 PLN (1,27 EUR) określoną przez Ministra Zdrowia, która nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia;
- w przypadku specjalnych leków uzupełniających osoby ubezpieczone wnoszą opłatę wynoszącą 30% lub 50% ceny leku;
- za pozostałe leki osoby ubezpieczone płacą 100% ceny.

W przypadku hospitalizacji leki są bezpłatne.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

Pacjenci mogą zapisać się do wybranego lekarza pierwszego kontaktu.

Przychodnie przyjmują od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00.

Po godzinie 18.00 w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta opiekę całodobową zapewniają placówki, które zawarły kontrakt na ten rodzaj świadczeń. Obejmują one opiekę ambulatoryjną oraz pomoc wyjazdową, tj. wizytę domową w przypadku złego stanu zdrowia pacjenta. Adresy i telefony placówek udzielających opieki całodobowej dostępne są w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej.

Jeżeli zachodzi potrzeba ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, niezbędne jest skierowanie od lekarza praktykującego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza ogólnego). Skierowanie nie jest wymagane do następujących specjalistów: ginekologa, położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty lub psychiatry. Skierowanie nie jest również wymagane w przypadku poradni dla osób chorych na gruźlicę, poradni dla osób zakażonych wirusem HIV, poradni dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego, jak również w przypadku inwalidów wojennych i osób represjonowanych. Również w razie wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia uprawniony otrzyma niezbędne świadczenia medyczne bez skierowania.

Jeżeli zachodzi potrzeba leczenia szpitalnego, niezbędne jest skierowanie od lekarza.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń opieki zdrowotnej

Jeżeli osoba przebywa lub mieszka w innym państwie Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, wówczas zarówno ona, jak i członkowie jej rodziny mogą korzystać ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w danym państwie. Nie musi to jednak koniecznie oznaczać, że leczenie będzie nieodpłatne; jest to uzależnione od przepisów krajowych.

Jeżeli planuje się pobyt tymczasowy (wakacje, podróż służbowa itp.) w innym państwie UE, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, należy złożyć wniosek o wydanie



Europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ) przed wyjazdem. Więcej informacji na temat karty EKUZ i tego, jak się o nią ubiegać można znaleźć na stronie internetowej: <http://ehic.europa.eu>.

Jeżeli planuje się przenieść się na stałe do innego państwa UE, szczegółowe informacje na temat praw w zakresie opieki zdrowotnej można znaleźć na stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Ubezpieczenie chorobowe gwarantuje wypłatę świadczeń pieniężnych w razie choroby ubezpieczonego lub członka jego rodziny lub w przypadku macierzyństwa.

Ubezpieczenie chorobowe wypłaca następujące świadczenia: zasiłek chorobowy, zasiłek rehabilitacyjny, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński oraz zasiłek opiekuńczy.

Zasiłek chorobowy

Zasiłek chorobowy jest świadczeniem podstawowym opłacanym z ubezpieczenia chorobowego. Każdy ubezpieczony, który zachoruje w okresie ważności ubezpieczenia chorobowego, ma prawo do tego zasiłku po upływie 34. dnia choroby (lub od 15 dnia, jeżeli ukończył 50 lat). Osoby ubezpieczone nabywają prawo do zasiłku chorobowego po 30 dniach nieprzerwanego ubezpieczenia, jeżeli są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym, lub po 90 dniach nieprzerwanego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.

Od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego zasiłek chorobowy przysługuje następującym osobom:

- absolwentom szkół lub uczelni wyższych, którzy w ciągu 90 dni od ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych przystąpili do ubezpieczenia chorobowego;
- ubezpieczonym, których niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy;
- ubezpieczonym obowiązkowo, którzy wykazują się co najmniej 10-letnim okresem obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego;
- posłom i senatorom, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od zakończenia kadencji.

Dokumentem stanowiącym podstawę do wypłaty zasiłku chorobowego jest zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawione na druku ZUS ZLA.

Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonym, którzy są zwolnieni z wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8, chorym dzieckiem w wieku do lat 14 lub innym chorym członkiem rodziny. Za dzieci uważa się: własne dzieci pracownika lub jego małżonka; dzieci przysposobione jednego z małżonków bądź wspólne; a także inne dzieci wychowywane i utrzymywane przez pracownika lub jego współmałżonka. Pojęcie „członkowie rodziny” oznacza: współmałżonka; rodziców; teściów; dziadków; wnuki; rodzeństwo; oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli mieszkają z ubezpieczonym w tym samym gospodarstwie domowym w okresie opieki.

Prawo do zasiłku przysługuje na równi matce i ojcu dziecka, a zasiłek wypłaca się tylko jednemu z rodziców, temu, który wystąpi z wnioskiem o jego wypłatę za dany okres. Zasiłek przyznaje się wyłącznie w przypadku braku innych osób we wspólnym gospodarstwie domowym, które mogłyby zaopiekować się dzieckiem lub chorym członkiem rodziny. Takimi innymi osobami we wspólnym gospodarstwie domowym nie mogą być jednak m.in.: osoby całkowicie niezdolne do pracy, osoby chore, osoby



niepełnosprawne lub upośledzone intelektualnie ze względu na swój wiek, osoby prowadzące gospodarstwo rolne lub prowadzące działalność gospodarczą poza rolnictwem, które nie mogą swobodnie regulować swoich godzin pracy.

Zasiłek rehabilitacyjny

Zasiłek rehabilitacyjny przysługuje ubezpieczonemu, który po okresie pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy. Przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy. Decyzję o przyznaniu zasiłku rehabilitacyjnego podejmuje odpowiedni dział ZUS na podstawie oceny lekarza orzecznika ZUS.

Zasiłek wyrównawczy

Zasiłek wyrównawczy wypłacany jest jedynie osobom ubezpieczonym będącym pracownikami najemnymi. Przysługuje on osobom, których wynagrodzenie miesięczne uległo obniżeniu wskutek poddania się rehabilitacji zawodowej. O potrzebie poddania się rehabilitacji zawodowej orzeka lekarz wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy albo lekarz orzecznik ZUS.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zasiłek chorobowy

Przez pierwsze 33 dni pracownik zachowuje wynagrodzenie od swojego pracodawcy. Zasiłek jest należny za każdy dzień niezdolności do pracy, z uwzględnieniem dni wolnych. Zasiłek przysługuje za każdy dzień niezdolności do pracy, w tym za dni ustawowo wolne od pracy. Za każdy dzień choroby przysługuje 1/30 część miesięcznego wynagrodzenia. Zasiłek jest wypłacany za cały okres niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana jest gruźlicą – nie dłużej niż 270 dni.

Zasiłek chorobowy może wynosić 80% podstawy wymiaru, a w przypadku pobytu w szpitalu – 70% podstawy wymiaru. Jeżeli przyczyną niezdolności do pracy jest wypadek przy pracy albo choroba zawodowa lub też przypada na okres ciąży, a także jeżeli niezdolność do pracy powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek lub narządów albo zabiegowi pobrania komórek, tkanek lub narządów, zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru (także za okres pobytu w szpitalu).

Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy jest wypłacany przez okres nieobecności w pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem, nie dłużej jednak niż przez 60 dni w roku kalendarzowym jeżeli opieka sprawowana jest nad dzieckiem do lat 8 lub chorym dzieckiem do lat 14, albo do 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad dzieckiem w wieku ponad 14 lat lub innymi chorymi członkami rodziny. Łączny okres wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny z różnych przyczyn i bez względu na liczbę członków rodziny wymagających opieki nie może przekroczyć 60 dni (lub 14 dni) w roku kalendarzowym. Wysokość zasiłku wynosi 80% podstawy wymiaru. Podstawę wymiaru zasiłku dla pracowników stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy poprzedzających powstanie niezdolności do pracy.

Zasiłek rehabilitacyjny

Zasiłek rehabilitacyjny wynosi maksymalnie 90% podstawy wymiaru za okres pierwszych 90 dni pobierania świadczenia, a w pozostałym okresie – 75% podstawy wymiaru. Jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą



zawodową lub jeśli przypada ona na okres ciąży, zasiłek wypłacany jest w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.

Zasiłek wyrównawczy

Zasiłek wyrównawczy przysługuje i jest wypłacany wówczas przez okres rehabilitacji, nie dłużej jednak niż przez 24. miesiące. Stanowi on różnicę między średnim miesięcznym wynagrodzeniem za okres 12 miesięcy poprzedzających rehabilitację a wynagrodzeniem miesięcznym osiąganym podczas pracy z obniżonym wynagrodzeniem.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Lekarz kontraktowy potwierdza niezdolność do pracy od pierwszego dnia choroby. Możliwe jest również, że konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia przez zatwierdzonego lekarza zabezpieczenia społecznego.

Ubezpieczony ma prawny obowiązek przedłożyć płatnikowi składki ubezpieczeniowej zaświadczenie lekarskie w ciągu siedmiu dni od daty otrzymania takiego zaświadczenia. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku wysokość zasiłku chorobowego i opiekuńczego ulega zmniejszeniu o 25%, począwszy od ósmego dnia od daty otrzymania zaświadczenia.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby

Świadczenia pieniężne z tytułu choroby (tj. świadczenia zazwyczaj mające na celu zastąpienie dochodu, w którego uzyskaniu występuje przerwa z powodu choroby) są z reguły zawsze wypłacane zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym pracownik jest ubezpieczony, niezależnie od tego, gdzie mieszka lub przebywa.*

W przypadku przemieszczania się pracownika z jednego do innego państwa Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii, ilekroć wymagane jest spełnienie pewnych warunków w celu uzyskania uprawnień do świadczeń z tytułu choroby, właściwa instytucja (tj. instytucja w państwie, w którym osoba jest ubezpieczona) musi uwzględnić okresy ubezpieczenia, zamieszkania lub zatrudnienia osiągnięte w ramach ustawodawstwa któregośkolwiek z wymienionych państw. Jest to gwarancja zachowania ubezpieczenia zdrowotnego przy zmianie pracy lub przeniesieniu się do innego kraju.

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego lub w okresie urlopu wychowawczego:

- urodziła dziecko;
- przyjęła dziecko w wieku do 7. roku życia na wychowanie i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia;
- przyjęła dziecko w wieku do 7. roku życia na wychowanie w ramach rodziny zastępczej.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje również ojcu dziecka, jeśli jest on ubezpieczony i jeśli matka dziecka wykorzystata co najmniej 14 tygodni urlopu macierzyńskiego. W takim przypadku może ona przekazać resztę swojego urlopu ojcu dziecka, który posiada prawo do urlopu macierzyńskiego lub który przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Jeżeli ojciec nie zamierza wykorzystać urlopu macierzyńskiego, w takim przypadku matka nie może skrócić swojego urlopu i jest zobowiązana wykorzystać go do końca.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje również ojcu dziecka, jeżeli jest ubezpieczony lub innemu ubezpieczonemu członkowi rodziny, w przypadku gdy:

- matka dziecka umarła lub porzuciła dziecko, lub
- osoby te przerwą zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zasiłek macierzyński jest wypłacany przez okres urlopu macierzyńskiego. Okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego zależy od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie i wynosi:

- 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka;
- 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie;
- 33 tygodnie w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie;
- 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie;
- 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

Od dnia 1 stycznia 2010 r. ubezpieczona, która urodziła dziecko, ma prawo do zasiłku macierzyńskiego także za okres określony przepisami Kodeksu pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego, którego wymiar wynosi:

- w przypadku urodzenia jednego dziecka – do 2 tygodni;
- w przypadku porodu mnogiego – do 3 tygodni.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 100% podstawy wymiaru. Podstawę wymiaru zasiłku dla pracowników stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy poprzedzających powstanie niezdolności do pracy.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?

Zasiłek macierzyński, wypłacany przez ZUS albo przez pracodawcę, jest finansowany przez Fundusz Ubezpieczenia Społecznego.



Zasiłek macierzyński jest przyznawany na podstawie zaświadczenia o przewidywanej dacie porodu (za okres przed porodem) oraz skrócony odpis aktu urodzenia dziecka (za okres od dnia porodu). Jeżeli zasiłek jest wypłacany przez ZUS, wymagany jest druk ZUS Z-3.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Przepisy dotyczące koordynacji obejmują świadczenia z tytułu macierzyństwa i równoważne świadczenia dla ojca. Ilekroć wymagane jest spełnienie pewnych warunków w celu uzyskania uprawnień do świadczeń, właściwa instytucja (tj. instytucja w państwie, w którym osoba jest ubezpieczona) musi uwzględnić okresy ubezpieczenia, zamieszkania lub zatrudnienia osiągnięte w ramach ustawodawstwa innego państwa Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii.

Świadczenia pieniężne z tytułu choroby (tj. świadczenia mające na celu zastąpienie dochodu, w którego uzyskiwaniu występuje przerwa) są z reguły zawsze wypłacane zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym pracownik jest ubezpieczony, niezależnie od tego, gdzie mieszka lub przebywa.* Świadczenia rzeczowe (tj. opieka medyczna, leki i hospitalizacja) są świadczone zgodnie z prawodawstwem państwa, w którym przebywa dana osoba, tak jakby była ubezpieczona w tym państwie.

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Ubezpieczenie rentowe gwarantuje świadczenia pieniężne w przypadku utraty dochodów pieniężnych z powodu niezdolności do pracy. W takim przypadku osoby odprowadzające składki na ubezpieczenie rentowe otrzymują rentę tytułem rekompensaty za utracone wynagrodzenie lub dochód.

Ubezpieczenie rentowe wypłaca następujące świadczenia

- renta z tytułu niezdolności do pracy;
- renta szkoleniowa;
- renta rodzinna (zob. [rozdział VII](#)).

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje osobom ubezpieczonym, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej z powodu złego stanu ich zdrowia. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Za częściowo niezdolną do pracy uważa się osobę, która utraciła - w znacznym stopniu - zdolność do pracy zgodnej z posiadanym przez nią poziomem kwalifikacji.

Podstawowym kryterium przy przyznaniu uprawnień do korzystania z renty z tytułu niezdolności do pracy jest powstanie całkowitej lub częściowej niezdolności do prowadzenia działalności zarobkowej z powodu upośledzenia zdolności fizycznych lub umysłowych i niemożności odzyskania zdolności do pracy po okresie reintegracji. Niezdolność do pracy zostaje ustalona na okres nieprzekraczający 5 lat, chyba że według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu - wówczas niezdolność do pracy będzie orzekana na dłuższy okres.

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnia następujące warunki:

- jest niezdolny do pracy;
- może wykazać się wymaganym okresem składkowym i nieskładkowym;
- niezdolność do pracy powstała w jasno określonych ustawą okresach składkowych, na przykład w okresie ubezpieczenia, zatrudnienia, pobierania świadczenia z tytułu bezrobocia, pobierania zasiłków z ubezpieczenia społecznego (chorobowego lub opiekuńczego) albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Okres składkowy i nieskładkowy wymagany do przyznania renty uzależniony jest od wieku osoby, w jakim powstała niezdolność do pracy:

- 1 rok – jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat;
- 2 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku od 20 do 22 lat;
- 3 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku od 22 do 25 lat;
- 4 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku od 25 do 30 lat;
- 5 lat – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.



Okres wymaganych 5 lat w odniesieniu do osób, u których niezdolność do pracy powstała po ukończeniu 30 roku życia, musi przypadać na okres ostatnich 10 lat poprzedzających dzień zgłoszenia wniosku o rentę lub upłynąć przed dniem powstania niezdolności do pracy.

Renta szkoleniowa

Prawo do renty szkoleniowej przysługuje każdej osobie spełniającej warunki wymagane do przyznania renty i uzyska orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Po przyznaniu renty szkoleniowej, organ rentowy kieruje daną osobę do powiatowego biura pracy celem umożliwienia jej odbycia szkolenia przygotowującego ją do wykonywania nowego zawodu. Renta szkoleniowa przyznawana jest na okres 6 miesięcy z możliwością skrócenia lub wydłużenia.

Okres ten ulega skróceniu, jeżeli starosta poinformuje organ rentowy o:

- braku możliwości przekwalifikowania zawodowego;
- odmowie poddania się przekwalifikowaniu przez zainteresowaną osobę.

Istnieje możliwość przedłużenia tego okresu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego o maksymalnie 30 miesięcy. Oznacza to, że rentę szkoleniową można pobierać przez maksymalny okres 36 miesięcy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokości renty ustala się w następujący sposób:

- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy:
 - i. 24% kwoty bazowej;
 - ii. 1,3% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych;
 - iii. 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych;
 - iv. 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresu brakującego do pełnych 25 lat stażu, począwszy od dnia złożenia wniosku o rentę do dnia ukończenia przez wnioskodawcę 60 lat;
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy: 75% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy;
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wraz z dodatkowym zasiłkiem opiekuńczym;
- renta szkoleniowa: 75% podstawy wymiaru renty inwalidzkiej, nie mniejsza jednak niż najniższa wysokość renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Oceny niezdolności do pracy dokonuje w formie orzeczenia lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Orzeczenie stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń uzależnionych od stwierdzenia niezdolności do pracy.

Od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS osobie zainteresowanej przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu do komisji lekarskiej ZUS w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego orzeczenia. Sprzeciw można wnieść za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej.



Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu inwalidztwa

Właściwa instytucja w państwie składania wniosku o przyznanie renty inwalidzkiej bierze pod uwagę okresy ubezpieczenia lub zamieszkania zakończone na obszarze obowiązywania prawodawstwa każdego innego państwa członkowskiego UE, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii, jeśli jest to konieczne do uzyskania uprawnienia do świadczeń z tytułu inwalidztwa.

Świadczenia z tytułu inwalidztwa wypłacane są bez względu na to, czy osoba mieszka lub przebywa w Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii czy Szwajcarii*. Niezbędne kontrole administracyjne i badania lekarskie przeprowadzane są zazwyczaj przez właściwą instytucję w państwie pobytu osoby ubiegającej się o rentę. W pewnych okolicznościach może zająć konieczność powrotu do państwa, w którym wypłacana jest renta, w celu odbycia takich badań, o ile pozwala na to stan zdrowia ubezpieczonego.

Każde państwo stosuje własne kryteria oceny stopnia inwalidztwa. Może się zatem zdarzyć, że jedna osoba w niektórych państwach zostanie uznana za obciążoną inwalidztwem w 70%, zaś w innych w ogóle nie zostanie uznana za inwalidę zgodnie z prawodawstwem tych państw. Wynika to z faktu, że przepisy unijne nie harmonizują krajowych systemów ubezpieczenia społecznego, a jedynie je koordynują.

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Wprowadzona w Polsce w 1999 r. reforma systemu ubezpieczeń społecznych różnicuje zasady ustalania prawa do emerytury w zależności od wieku ubezpieczonych. Zasady są nieco odmienne dla poniższych trzech grup wiekowych:

- osoby urodzone przed dniem 1 stycznia 1949 r.;
- osoby urodzone w okresie od 1 stycznia 1949 r. do 31 grudnia 1968 r.;
- osoby urodzone po dniu 31 grudnia 1968 r.

Osoby urodzone przed dniem 1 stycznia 1949 r. nabywają prawo do emerytury w momencie spełnienia następujących warunków :

- osiągnięcia wieku emerytalnego, tj. 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn;
- udokumentowania wymaganego okresu ubezpieczenia, tj. 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn.

Prawo do emerytury może również przysługiwać po okresie ubezpieczenia w wymiarze 15 lat dla kobiet i 20 lat dla mężczyzn. Emerytura ta jednak nie jest objęta gwarancją systemu ubezpieczeń podwyższenia jej wysokości do kwoty najniższego świadczenia, w przypadku gdy po obliczeniu jej wysokość będzie niższa od najniższej emerytury.

Osoby urodzone przed dniem 1 stycznia 1949 r. mają również możliwość ubiegania się o prawo do wcześniejszej emerytury, w przypadku kiedy spełniają następujące warunki :

- każda kobieta w wieku 55 lat, posiadająca co najmniej 30-letni okres składkowy i nieskładkowy lub 20-letni okres składkowy i nieskładkowy, jeżeli orzeczono u niej całkowitą niezdolność do pracy;
- każdy mężczyzna w wieku 60 lat, posiadający co najmniej 25-letni okres składkowy i nieskładkowy, jeżeli orzeczono u niego całkowitą niezdolność do pracy.

Przejście na wcześniejszą emeryturę może również zostać przyznane osobom będącym w stanie udokumentować 20 lat ubezpieczenia w przypadku kobiet lub 25 lat w przypadku mężczyzn, w tym nie mniej niż 15 lat (w niektórych przypadkach 10 lat) pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze. Osoby spełniające powyższe warunki mogą przejść na swoją emeryturę w wieku określonym dla każdej odrębnej kategorii zawodowej przez przepisy rozporządzenia w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

Niektóre szczególne kategorie ubezpieczonych, takie jak inwalidzi wojenni lub wojskowi, pracownicy urzędów państwowych, nauczyciele, górnicy i kolejarze podobnie korzystają z uprzywilejowanych warunków przy uzyskiwaniu praw emerytalnych.

Osoby urodzone między dniem 1 stycznia 1949 r. a dniem 31 grudnia 1968 r. mogą przejść na wcześniejszą emeryturę na takich samych warunkach, jak osoby opisane powyżej, o ile zostaną spełnione następujące warunki:

- osoby te nie przystąpiły do otwartego funduszu emerytalnego;



- warunki ustawowe wymagane do skorzystania z emerytury były spełnione przed dniem 31 grudnia 2008 r.

Osoby ubezpieczone, które urodziły się po 31 grudnia 1948 r., a które przed dniem 31 grudnia 2008 r. nie osiągnęły wymaganego wieku emerytalnego koniecznego do uzyskania emerytury (z tytułu pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze bądź z tytułu działalności twórczej lub artystycznej), emerytury górniczej, emerytury z tytułu wykonywania pracy górniczej w pewnych okresach lub emerytury kolejowej, mogą przejść na emeryturę przed osiągnięciem 60 lat (w przypadku kobiet) lub 65 lat (w przypadku mężczyzn), jeżeli na dzień 1 stycznia 1999 r. mogą udokumentować:

- okres pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze gwarantujący prawo do emerytury przed 60. rokiem życia (dla kobiet) i 65. rokiem życia (dla mężczyzn);
- przynajmniej 20-letnie okresy składkowe i nieskładkowe dla kobiet i 25-letnie dla mężczyzn.

Od 2009 r. niektórzy pracownicy najemni, którzy byli zatrudnieni przed 1 stycznia 1999 r. i/lub po 31 grudnia 2008 r. w szczególnych warunkach lub wykonywali pracę w szczególnym charakterze, mogą mieć również prawo do emerytury pomostowej. O emeryturę pomostową mogą się ubiegać osoby, które m.in. osiągnęły wiek wynoszący 55 lat dla kobiet i 60 lat dla mężczyzn, mają okres ubezpieczenia wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn, w tym co najmniej 15-letni okres zatrudnienia w specjalnych warunkach lub pracy w specjalnym charakterze. Rozwiązanie stosunku pracy jest dodatkowym warunkiem uzyskania emerytury. Wysokość emerytury oblicza się w podobny sposób, jak wysokość „nowej” emerytury. Niemniej niezależnie od rzeczywistego wieku emerytalnego dla danej osoby zawsze uwzględnia się średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku 60 lat. Prawo do emerytury pomostowej wygasa w dniu poprzedzającym dzień nabycia prawa do emerytury lub, jeżeli dana osoba nie jest uprawniona do emerytury, w dniu poprzedzającym ukończenie ustawowego wieku emerytalnego.

Osoby urodzone po dniu 31 grudnia 1948 r. nabywają prawo do emerytury po osiągnięciu wieku 60 lat dla kobiet lub 65 lat dla mężczyzn. Aby nabyć prawo do emerytury w tym przypadku, nie trzeba wykazywać określonego minimalnego okresu ubezpieczenia. Dla tej grupy ubezpieczonych, wysokość emerytury będzie wynikiem podzielenia podstawy jej obliczenia przez tzw. średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi, w jakim ubezpieczony zdecyduje się przejść na emeryturę.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość emerytur przytoczonych powyżej zależy od następujących elementów :

- wysokości podstawy wymiaru;
- liczby okresów składkowych i nieskładkowych, które ubezpieczony jest w stanie udokumentować;
- kwoty bazowej obowiązującej w dniu nabycia prawa do świadczenia.

Podstawę wymiaru emerytury stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne lub na ubezpieczenie emerytalne, według przepisów prawa polskiego, z okresu kolejnych dziesięciu lat kalendarzowych, wybranych z ostatnich 20 lat poprzedzających bezpośrednio rok, w którym zgłoszono wniosek o świadczenie.



Ubezpieczony może również wskazać do ustalenia podstawy wymiaru emerytury przeciętną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne z okresu 20 lat kalendarzowych dowolnie wybranych z całego okresu podlegania ubezpieczeniu.

Podstawa ta stanowi wielokrotność indywidualnego współczynnika podstawy wymiaru oraz kwoty podstawy.

Kwota bazowa stanowi 100% średniego wynagrodzenia pomniejszonego o składki na ubezpieczenia społeczne potrącone w poprzednim roku kalendarzowym. Kwota bazowa jest ustalana corocznie i obowiązuje od 1 marca każdego roku kalendarzowego do końca lutego następnego roku kalendarzowego.

Wysokość emerytury wynosi:

- 24% kwoty bazowej, o której mowa powyżej;
- 1,3% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych;
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych z uwzględnieniem specjalnych przepisów.

Ustawowa emerytura minimalna wynosi 728,18 PLN (185 EUR), zaś maksymalna wysokość emerytury to 100% wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru.

Okresy nieskładkowe uwzględnia się w wymiarze nieprzekraczającym 1/3 uwzględnionych okresów składkowych.

Dla osób urodzonych po dniu 31 grudnia 1968 r. podstawę wymiaru emerytury stanowi całkowita kwota składek odprowadzonych przez ubezpieczonego do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego przysługuje emerytura. Kwota ta obejmuje zgromadzone na koncie składki na ubezpieczenie emerytalne, ich coroczną waloryzację oraz zwaloryzowany kapitał początkowy (jeśli ubezpieczony pozostawał w ubezpieczeniu przed dniem 1 stycznia 1999 r.).

Wiek ubezpieczonego w dniu przejścia na emeryturę zostanie wyrażony w latach i miesiącach. Średnie dalsze trwanie życia to wielkość statystyczna służąca do ustalenia liczby miesięcy, w których przeciętnie będzie pobierana nowa emerytura. Przekroczenie tej liczby miesięcy nie będzie miało żadnego wpływu na wysokość i zasady waloryzacji pobieranego w przyszłości świadczenia.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Każda osoba opłacająca składki musi złożyć wniosek o objęcie ubezpieczeniem społecznym w ciągu siedmiu dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (tj. nawiązania stosunku pracy w przypadku pracowników najemnych lub założenia własnej działalności w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek). Każda osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym zobowiązana jest do zgłoszenia tego wniosku.

Osoby przystępujące do ubezpieczeń na zasadzie dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ubezpieczeniem w wybranym przez siebie terminie. Wnioski o objęcie ubezpieczeniem społecznym należy składać w siedzibie ZUS, korzystając ze specjalnego formularza w wersji elektronicznej, opracowanego przez ZUS i udostępnionego płatnikom, lub też na dobrej jakości wydruku tego formularza.



Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu podeszłego wieku

Przepisy UE dotyczące emerytur odnoszą się wyłącznie do państwowych systemów emerytalnych, a nie do systemów zakładowych, zawodowych czy prywatnych. Przepisy te gwarantują, że:

- w każdym państwie członkowskim UE (oraz w Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii), w którym osoba była ubezpieczona, historia ubezpieczenia jest przechowywana do momentu osiągnięcia przez nią wieku emerytalnego danego państwa;
- każde państwo członkowskie UE (oraz Islandia, Liechtenstein, Norwegia i Szwajcaria), w którym osoba była ubezpieczona, wypłaca osobie uprawnionej emeryturę po osiągnięciu przez nią wieku emerytalnego. Wysokość emerytury otrzymywanej z każdego z państw członkowskich będzie zależała od długości okresu ubezpieczenia w każdym państwie;
- emerytura będzie wypłacana niezależnie od miejsca zamieszkania w UE (oraz w Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii).*

Wniosek należy złożyć w instytucji ubezpieczenia emerytalnego państwa zamieszkania (państwa członkowskiego UE, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii), chyba że osoba nigdy nie pracowała w tym państwie. W takim przypadku należy złożyć wniosek w państwie ostatniego zatrudnienia.

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Rozdział VII: Renty rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej?

Renta rodzinna przysługuje uprawnionym członkom rodziny osoby, która w chwili śmierci miała ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy albo spełniała warunki wymagane do uzyskania jednego z tych świadczeń. Przy ocenie prawa do renty przyjmuje się, że osoba zmarła była całkowicie niezdolna do pracy.

Uprawnionymi do ubiegania się o rentę rodzinną są następujące osoby:

- dzieci, w tym dzieci własne, dzieci współmałżonka, dzieci przysposobione – do ukończenia 16. roku życia lub 25. roku życia, jeśli nadal się uczą. Renta wypłacana jest bez względu na wiek dzieciom, u których orzeczono całkowitą niezdolność do pracy przed 16. rokiem życia lub w czasie nauki w szkole do ukończenia 25. roku życia;
- wnuki, rodzeństwo i inne dzieci przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności, jeżeli spełniają następujące warunki:
 - i. zostały przyjęte na wychowanie co najmniej na rok przed śmiercią ubezpieczonego pracownika lub emeryta/rencisty, chyba że śmierć była następstwem wypadku;
 - ii. nie mają prawa do renty po zmarłych rodzicach, a gdy rodzice żyją - jeżeli nie mogą zapewnić im utrzymania albo ubezpieczony pracownik, emeryt/rencista lub jego współmałżonek był ich opiekunem ustanowionym przez sąd;
- wdowiec lub wdowa, jeżeli w chwili śmierci współmałżonka ukończył(a) 50 lat lub był(a) niezdolny(a) do pracy.
- Jeżeli wymagany wiek nie został przez nią/niego osiągnięty, ale wychowuje co najmniej jedno z dzieci, wnuków lub rodzeństwa, mogących ubiegać się o rentę rodzinną po zmarłej osobie, a które nie ukończyły 16. roku życia, to posiada on/ona również prawo do tej renty. Jeżeli wnuk, wnuczka lub członek rodzeństwa kontynuuje naukę, to wdowa/wdowiec ma prawo starać się o rentę rodzinną do momentu, kiedy dziecko nie osiągnie 18. roku życia.
- Mogą oni również ubiegać się o rentę w przypadku, gdy sprawują opiekę nad dzieckiem całkowicie niezdolnym do pracy.
- Uprawnienie do renty rodzinnej przysługuje również wdowie lub wdowcowi, którzy osiągnęli wiek 50 lat lub orzeczono u nich niezdolność do pracy w okresie nie dłuższym niż 5 lat od śmierci współmałżonka lub od zaprzestania wychowywania dziecka poniżej 16 lat (18 lat w przypadku kontynuowania nauki) lub dziecka, u którego orzeczono całkowitą niezdolność do pracy.
- Rozwiedzeni małżonkowie i wdowy lub wdowcy, którzy przed śmiercią współmałżonka nie pozostawali z nim we wspólnocie małżeńskiej, mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli oprócz spełnienia przesłanek mających zastosowanie wobec wdów i wdowców, w momencie śmierci współmałżonka mieli prawo do alimentów ustalonych wyrokiem sądowym lub ugodą sądową;
- Rodzice mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli spełniają przesłanki mające zastosowanie wobec wdów i wdowców lub jeśli ich zmarłe dziecko przed śmiercią w istotny sposób przyczyniało się do ich utrzymania.

Wdowy, wdowcy lub dzieci nie tracą prawa do renty rodzinnej w przypadku zawarcia (ponownego) małżeństwa.



Zasiłek pogrzebowy

Zasiłek pogrzebowy przysługuje w razie śmierci:

- ubezpieczonego;
- osoby pobierającej emeryturę lub rentę;
- osoby, która w dniu śmierci nie miała ustalonego prawa do emerytury lub renty, lecz spełniała warunki do jej uzyskania i pobierania,
- członka rodziny osoby wymienionej w punktach 1) i 2) jak powyżej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość renty rodzinnej wynosi:

- dla jednej osoby uprawnionej: 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu;
- dla dwóch osób uprawnionych: 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu;
- dla trzech i więcej osób uprawnionych: 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu;

Ustawowa renta minimalna wynosi 728,18 PLN (185 EUR). Wszystkim uprawnionym członkom rodziny przysługuje jedna łączna renta rodzinna, która w razie konieczności dzielona jest w równych częściach między uprawnionych.

Zasiłek pogrzebowy wypłacany jest jednorazowo. Jest on przyznawany osobie, która pokryła koszty pogrzebu lub pracodawcy, domowi pomocy społecznej, gminie, powiatowi, osobie prawnej kościoła lub związku wyznaniowego, jeżeli pokryły koszty pogrzebu. Zasiłek pogrzebowy jest świadczeniem jednorazowym i wynosi 4 000 PLN (1 015 EUR). Prawo do zasiłku pogrzebowego wygasa w razie niezgłoszenia wniosku o jego przyznanie w okresie 12 miesięcy od dnia śmierci osoby, po której zasiłek przysługuje.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

Decyzja o przyznaniu emerytury lub renty rodzinnej podejmowana jest przez uprawniony organ rentowy zależny od miejsca zamieszkania wnioskodawcy. Procedura związana z przyznaniem renty rozpoczyna się przez złożenie wniosku przez osobę zainteresowaną. W każdym przypadku organ rentowy wydaje decyzję w ciągu 30 dni od momentu spełnienia ostatniego z warunków wymaganych do przyznania prawa do renty.

Od decyzji organu rentowego wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu. Każda osoba, która nie zgadza się z wydaną decyzją ma prawo do złożenia apelacji w okręgowym sądzie pracy i ubezpieczeń społecznych w przeciągu miesiąca po ogłoszeniu decyzji. Odwołanie to powinno zostać złożone za pośrednictwem organu rentowego, który wydał decyzję.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do renty rodzinnej

Ogólnie rzecz biorąc, do świadczeń dla współmałżonków pozostałych przy życiu lub sierot oraz świadczeń z tytułu śmierci odnoszą się takie same przepisy, jak do rent inwalidzkich i emerytur (zob. rozdziały V i VI). Mianowicie renty rodzinne i świadczenia z tytułu śmierci wypłacane są bez zniżek, zmian czy zawieszek bez względu na to, czy współmałżonek pozostały przy życiu zamieszkuje w państwie Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii czy Szwajcarii*.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Większość osób prowadzących działalność zawodową zobowiązana jest zapisać się do obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Dobrowolne przystąpienie do takiego ubezpieczenia nie jest możliwe.

Świadczenia chorobowe, renta inwalidzka oraz odszkodowania związane z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową opłacane są z ubezpieczenia z tytułu wypadków.

Świadczenia z tytułu choroby

- zasiłek chorobowy wypłacany jest osobie ubezpieczonej, której niezdolność do pracy została spowodowana przez wypadek przy pracy lub chorobę zawodową. Przyznawany jest on niezależnie od okresu objęcia ubezpieczeniem wypadkowym począwszy od pierwszego dnia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową;
- świadczenie rehabilitacyjne wypłacane jest osobie ubezpieczonej, która w momencie utracenia prawa do zasiłku chorobowego jest nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy;
- zasiłek wyrównawczy przysługuje osobie ubezpieczonej, której wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Więcej informacji na temat tych świadczeń można znaleźć w rozdziale III.

Renta

- renta szkoleniowa wypłacana jest osobie ubezpieczonej, u której orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej (zob. rozdział V);
- renta rodzinna jest wypłacana członkom rodziny osoby ubezpieczonej lub osoby pobierającej rentę z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Więcej informacji można znaleźć w rozdziale VII;
- renta z tytułu niezdolności do pracy (inwalidzka) wypłacana jest osobie ubezpieczonej, która wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej stała się niezdolna do pracy.

Zasiłki

- Jednorazowe odszkodowanie wypłacane jest ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- jednorazowe odszkodowanie wypłacane jest również członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek następstw wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, lub osoby, której przyznano prawo do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;



- pokrycie kosztów związanych z leczeniem dentystycznym, szczepieniami ochronnymi oraz zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy wynosi:

- 24% kwoty bazowej;
- 1,3% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych;
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych;
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresu brakującego do pełnych 25 lat okresów składkowych oraz nieskładkowych, przypadających od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista ukończyłby 60 lat (tzw. staż hipotetyczny).

Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renta szkoleniowa z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej nie może być niższa od:

- 60% podstawy wymiaru renty – dla osoby z częściową niezdolnością do pracy;
- 80% podstawy wymiaru renty – dla osoby z całkowitą niezdolnością do pracy;
- 100% podstawy wymiaru renty – dla osoby uprawnionej do renty szkoleniowej.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

W przypadku choroby zawodowej, choroby spowodowanej wypadkiem przy pracy lub choroby w czasie ciąży Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych wypłaca 100% podstawy wymiaru. Jeżeli osoba cierpiąca na chorobę zawodową była narażona na ryzyko w związku z pracą dla więcej niż jednego pracodawcy, świadczenie wypłaca ostatni pracodawca.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Przepisy UE dotyczące świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub chorób zawodowych w znacznej mierze przypominają przepisy dotyczące świadczeń z tytułu choroby (zob. sekcja II i III). W przypadku Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii osoby, które mieszkają lub przebywają w jednym kraju, a są ubezpieczone od wypadków przy pracy i chorób zawodowych w innym kraju, zazwyczaj mają prawo do otrzymania opieki zdrowotnej w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Świadczenia pieniężne wypłaca zazwyczaj bezpośrednio instytucja ubezpieczająca, nawet jeżeli ubezpieczony mieszka lub przebywa w innym kraju.*

Ilekcroć wymagane jest spełnienie pewnych warunków w celu uzyskania uprawnień do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, instytucja ubezpieczająca musi uwzględnić okresy ubezpieczenia, zamieszkania lub zatrudnienia osiągnięte w ramach prawodawstwa innych państw Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii. Jest to gwarancja zachowania ubezpieczenia przy zmianie pracy lub przeniesieniu się do innego kraju.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?

O świadczenia rodzinne mogą ubiegać się osoby, spełniające poniższe warunki:

- zamieszkują na terytorium Polski przez okres, w którym otrzymują świadczenia rodzinne;
- dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 504,00 PLN (128 EUR) lub 583,00 PLN (148 EUR) w przypadku rodziny wychowującej dziecko niepełnosprawne.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Podstawowym świadczeniem rodzinnym jest zasiłek rodzinny wraz z dodatkami.

Zasiłek rodzinny przysługuje od urodzenia dziecka do momentu ukończenia przez nie 18. roku życia lub do momentu ukończenia nauki jednak nie dłużej niż do końca 21. roku życia lub 24. roku życia, w przypadku jeżeli kontynuuje naukę w szkole i legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności. Zasiłek rodzinny wypłacany jest comiesięcznie. Wraz z zasiłkiem rodzinnym mogą być przyznane dodatki:

- dodatek z tytułu urodzenia dziecka, który może zostać przyznany do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia;
- dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego przysługuje osobom, które były zatrudnione przez co najmniej 6 miesięcy przed nabyciem prawa do urlopu wychowawczego. Dodatek ten może zostać przyznany na okres nie przekraczający 24 miesięcy, 36 miesięcy jeżeli dana osoba sprawuje opiekę nad więcej niż jednym dzieckiem urodzonym podczas jednego porodu lub 72 miesięcy jeżeli dziecko dotknięte jest niepełnosprawnością;
- dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka przysługuje samotnej matce lub samotnemu ojcu dziecka, jego faktycznemu opiekunowi lub jego opiekunowi prawnemu w przypadku braku decyzji sądowej przyznającej alimenty od drugiego rodzica dziecka ze względu na śmierć tego rodzica lub ponieważ ojciec dziecka jest nieznan. Dodatek przysługuje również osobie uczącej się, jeżeli jej oboje rodzice nie żyją. Wysokość tego dodatku ulega zwiększeniu w przypadku rodziny wychowującej dziecko niepełnosprawne lub jeśli miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 50% ustalonego limitu;
- dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej jest wypłacany comiesięcznie na trzecie i każde następne dziecko uprawnione do zasiłku rodzinnego;
- dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego przysługuje do ukończenia przez dziecko 16. roku życia, pod warunkiem że niepełnosprawność została potwierdzona oficjalnym orzeczeniem o niepełnosprawności lub jeżeli dziecko w wieku 16–24 lat legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności;
- dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego – wypłacany na początku każdego roku szkolnego;
- dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki poza miejscem zamieszkania – wypłacany w celu pokrycia kosztów zamieszkania i przejazdu do miejsca, gdzie znajduje się placówka szkolna. Dodatek ten jest wypłacany przez 10 miesięcy w roku.



Świadczenia rodzinne obejmują również świadczenia opiekuńcze, tj. zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne.

Zasiłek pielęgnacyjny

Uprawnionymi do tego zasiłku są dzieci niepełnosprawne do lat 16 oraz osoby powyżej 16. roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21. roku życia. Zasiłek ten przyznawany jest również osobom powyżej 75. roku życia, które nie mogą ubiegać się o zasiłek opiekuńczy w ramach uzupełnienia do emerytury lub renty. Zasiłek jest wypłacany niezależnie od dochodów rodziny.

Świadczenie pielęgnacyjne

Świadczenie pielęgnacyjne jest wypłacane osobom sprawującym opiekę nad dzieckiem, które są zmuszone zrezygnować w związku z tym z pracy. Może być ono wypłacane matce, ojcu, faktycznemu opiekunowi dziecka lub dowolnej innej osobie, która ma obowiązek płacić alimenty, jeżeli taka osoba nie pracuje lub rezygnuje z zatrudnienia lub jakiegokolwiek innej działalności zarobkowej, aby zaopiekować się dzieckiem, które:

- legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności, w którym wskazano konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osoby trzeciej w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczność stałego, codziennego udziału opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji; lub
- legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
- Świadczenie jest wypłacane niezależnie od dochodów rodziny.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Prawo do świadczeń przysługuje:

- obu rodzicom;
- jednemu z rodziców;
- opiekunowi prawnemu dziecka;
- faktyczny opiekun dziecka, tj. osoba, która sprawuje opiekę nad dzieckiem i która wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka;
- każda inna osoba pełnoletnia, która uczy się i nie pozostaje na utrzymaniu rodziców w związku z ich śmiercią lub która otrzymuje od rodziców alimenty zgodnie z postanowieniem sądu, pod warunkiem że alimenty zostały zasądzone, zanim osoba ucząca się osiągnęła pełnoletność.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń rodzinnych

Właściwości i wysokość świadczeń rodzinnych różnią się znacznie w poszczególnych państwach. Ważne jest zatem, aby dowiedzieć się, które państwo jest odpowiedzialne za ich świadczenie oraz, na jakich warunkach są one przyznawane. Ogólne zasady ustalania właściwych przepisów prawnych można znaleźć na stronie internetowej <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=pl>.

Państwo odpowiedzialne za wypłacanie świadczeń rodzinnych musi również uwzględnić okresy ubezpieczenia uzyskane w ramach prawodawstwa obowiązującego w innych krajach Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, jeżeli jest to konieczne do spełnienia warunków przyznania świadczenia.



Jeżeli dana rodzina jest uprawniona do świadczeń w ramach ustawodawstwa więcej niż jednego państwa, co do zasady otrzyma największą kwotę świadczeń wypłacanych zgodnie z przepisami obowiązującymi w jednym z tych państw. Innymi słowy, rodzinę traktuje się tak, jakby wszystkie zainteresowane osoby mieszkały i były ubezpieczone w państwie o najbardziej korzystnych przepisach.

Świadczenia rodzinne nie mogą być wypłacone dwa razy za ten sam okres i na rzecz tego samego członka rodziny. Istnieją zasady priorytetowe przewidujące zawieszenie wypłacania świadczeń z jednego państwa do kwoty świadczeń wypłacanych przez państwo, które jest pierwotnie właściwe w danym przypadku.

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Rozdział X: Bezrobocie

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Zabezpieczenie społeczne na wypadek bezrobocia w Polsce jest publiczne i obowiązkowe. Obejmuje ono zarówno osoby zatrudnione jak i pracujących na własny rachunek. Osoby pracujące na własny rachunek samodzielnie opłacają składki do Funduszu Pracy, natomiast składki osób zatrudnionych w całości wpłacane są do Funduszu przez pracodawcę. Warunkiem bycia objętym przez zabezpieczenie społeczne na wypadek bezrobocia jest osiągnięcie miesięcznego przychodu, w kwocie co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Prawo do zasiłku dla bezrobotnych przysługuje bezrobotnemu za każdy dzień kalendarzowy po upływie 7 dni od dnia zarejestrowania się we właściwym Powiatowym Urzędzie Pracy, jeżeli:

- nie ma ofert pracy, stażu, praktyk, przygotowania zawodowego w miejscu pracy, prac interwencyjnych lub robót publicznych odpowiednich dla danego bezrobotnego; oraz
- w ciągu 18 miesięcy poprzedzających datę zarejestrowania w Urzędzie Pracy bezrobotny był zatrudniony przez łącznie co najmniej 365 dni i uzyskiwał wynagrodzenie w kwocie co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od którego istnieje obowiązek opłacania składki na Fundusz Pracy, lub jeżeli bezrobotny spełnił wymagane warunki poprzez udokumentowanie innego okresu umożliwiającego mu ubieganie się o zasiłek dla bezrobotnych.

Świadczenie przedemerytalne

Świadczenia przedemerytalne przeznaczone są dla osób zwolnionych z miejsca ich zatrudnienia, które nie spełniają warunków do przejścia na emeryturę. Mogą się o nią ubiegać osoby bliskie osiągnięcia wieku emerytalnego, które utraciły zatrudnienie w ich miejscu pracy z przyczyn związanych z pracodawcą. Świadczenia przedemerytalne mogą zostać również przyznane osobie posiadającej status bezrobotnego, która:

- pobierała zasiłek dla bezrobotnych przez okres co najmniej 6 miesięcy i pozostaje zarejestrowana jako osoba bezrobotna na koniec tego okresu;
- w okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych nie odmówiła bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zatrudnienia w trybie prac interwencyjnych lub robót publicznych;
- złoży wniosek o przyznanie świadczenia przedemerytalnego w terminie podanym w ustawie.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Podstawowa kwota brutto zasiłku dla bezrobotnych wynosi obecnie 761,40 PLN (193 EUR) miesięcznie przez okres trzech miesięcy, a następnie 597,90 PLN (152 EUR). Bezrobotny, w przypadku którego okres oczekiwania wynosi mniej niż 5 lat, jest uprawniony do zasiłku w wysokości 80% kwoty podstawowej. Bezrobotny, w przypadku którego okres oczekiwania wynosi co najmniej 20 lat, jest uprawniony do zasiłku w wysokości 120% kwoty podstawowej.

Okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych zależy przede wszystkim od stopy bezrobocia w regionie zamieszkania bezrobotnego i może wynosić 6 lub 12 miesięcy, tj.:

- 6 miesięcy w regionach, gdzie stopa bezrobocia wynosi mniej niż 150% średniej krajowej;



- 12 miesięcy w regionach, gdzie stopa bezrobocia wynosi co najmniej 150% średniej krajowej, lub jeśli wnioskodawca osiągnął okres kwalifikujący wynoszący 20 lat i jest w wieku powyżej 50 lat, lub jeśli współmałżonek wnioskodawcy jest bezrobotny, nie jest uprawniony do zasiłku i mają oni na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku poniżej 15 lat.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Wnioskodawcy muszą się zarejestrować jako bezrobotni w Urzędzie Pracy. Okres oczekiwania wynosi siedem dni kalendarzowych. Każdy bezrobotny niezadowolony z decyzji dotyczącej przyznania zasiłku dla bezrobotnych może złożyć apelację w sądzie wyższej instancji w ciągu 14 dni od ogłoszenia decyzji.

Świadczenia przedemerytalne przyznawane są na podstawie wniosku składanego przez zainteresowanego. Odpowiedni wniosek powinien być złożony w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania zainteresowanego. Złożenie apelacji od wydanej przez organ rentowy decyzji, jest możliwe na takich samych zasadach, które dotyczą rent i emerytur.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu bezrobocia

Zwyczaj państwo członkowskie zatrudnienia odpowiada za przyznawanie świadczeń z tytułu bezrobocia. Specjalne przepisy mają zastosowanie do pracowników przygranicznych oraz pozostałych pracowników transgranicznych, którzy mają miejsce zamieszkania w państwie członkowskim innym niż to, w którym pracują.

Okresy ubezpieczenia lub zatrudnienia uzyskane w innych krajach Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii mogą zostać wykorzystane w celu spełnienia warunków opłacania składek.

Jeżeli planuje się podjąć pracę w innym kraju Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, można pod pewnymi warunkami wyeksportować takie świadczenia na czas określony.*

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Ustawa o pomocy społecznej przyznaje prawo do pewnych świadczeń nieskładkowych osobom i rodzinom, których dochód nie przekracza progu minimalnego dochodu.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Pomoc społeczna obejmuje m.in. świadczenia pieniężne, świadczenia rzeczowe i prace społeczne. Podstawowe świadczenia pomocy społecznej są następujące :

- zasiłek stały stanowiący uzupełnienie dochodów osób całkowicie niezdolnych do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności;
- zasiłek okresowy dla osób i rodzin bez dochodów lub o dochodach niższych niż ustawy próg oraz zasobach pieniężnych niewystarczających na zaspokojenie ich potrzeb życiowych. Osoby i rodziny zawsze mają możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego, jeżeli zostaną dotknięte przewlekłą chorobą, niepełnosprawnością lub bezrobociem;
- zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy są jednorazowymi świadczeniami przyznawanymi osobom i rodzinom w celu umożliwienia im zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych;
- zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie;
- pomoc dla rodzin zastępczych;
- pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki;
- świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla cudzoziemców.

Z pomocy społecznej można również uzyskać świadczenia rzeczowe, takie jak bilety kredytowane, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenie społeczne, sprawienie pogrzebu i poradnictwo specjalistyczne.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Świadczenia rzeczowe organizowane są przez jednostki administracji na szczeblu centralnym i lokalnym we współpracy z takimi organizacjami, jak fundacje, stowarzyszenia, Kościół Katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe, związki zawodowe, pracodawcy i osoby prawne. Świadczenia pieniężne przyznają i zarządzają nimi lokalne Ośrodki Pomocy Społecznej.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej

Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane.¹ Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.

Zasady koordynacji UE mają zastosowanie tylko do systemów zabezpieczenia społecznego, nie mają natomiast zastosowania do świadczeń z pomocy społecznej.



Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Rozdział XII: Opieka długoterminowa

Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego opieka długoterminowa jest zapewniana pacjentom obłożnie i przewlekle chorym niewymagającym hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia.

Wszystkie grupy wiekowe są uprawnione do świadczeń z tytułu opieki długoterminowej (zarówno dzieci jak i dorośli). Głównym kryterium kwalifikującym do tego rodzaju pomocy jest stan zdrowia, który wynika ze stopnia niezdolności do pracy, inwalidztwa lub wieku.

Renta socjalna przysługuje osobom pełnoletnim, które uznano za całkowicie niezdolne do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało:

- przed ukończeniem 18. roku życia albo
- w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej - przed ukończeniem 25. roku życia albo
- w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rzeczowe i pieniężne z tytułu opieki długoterminowej są zapewniane w sposób nieuporządkowany na mocy przepisów dotyczących szeregu innych rodzajów ubezpieczeń (emerytalne, na wypadek inwalidztwa, dla osób pozostałych przy życiu i zdrowotne), jak również na mocy przepisów dotyczących pomocy społecznej.

Świadczenia pieniężne podlegają poziomom dochodów (wynagrodzenie, emerytura lub renta, inne świadczenia i zasiłki). Zasadniczo istnieje wolny wybór między świadczeniami pieniężnymi a świadczeniami rzeczowymi. Niemniej otrzymywanie świadczeń pieniężnych zazwyczaj wyklucza możliwość otrzymywania świadczeń rzeczowych.

Formy pomocy finansowej wypłacane bezpośrednio osobom wymagającym opieki długoterminowej:

- zasiłek pielęgnacyjny (zob. [rozdział IX](#)),
- dodatek pielęgnacyjny: aby być uprawnionym do tego dodatku, osoba musi zostać uznana za całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnego życia (niezależnie od wieku) i musi być w wieku powyżej 75 lat,
- świadczenie pielęgnacyjne (zob. [rozdział IX](#)).

Osoby, które wymagają opieki długoterminowej i znajdują się w trudnej sytuacji finansowej, mogą również otrzymać pomoc finansową w ramach systemu pomocy społecznej, w szczególności zasiłek stały, zasiłek okresowy oraz zasiłek celowy (zob. [rozdział XI](#)).

Renta socjalna jest przyznawana w stałej kwocie i odpowiada 84% minimalnej renty inwalidzkiej.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

W przypadku świadczeń inwalidzkich ocenę przeprowadza lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku pozostałych świadczeń za przeprowadzenie



oceny odpowiadają powiatowe lub wojewódzkie zespoły ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do opieki długoterminowej

Świadczenia z tytułu opieki długoterminowej, podobnie jak świadczenia z tytułu choroby, podlegają zasadom koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w UE. Świadczenia pieniężne z tytułu opieki długoterminowej wypłaca się zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym dana osoba jest ubezpieczona, niezależnie od tego, gdzie mieszka lub przebywa*.

Świadczenia rzeczowe z tytułu opieki długoterminowej wypłaca się zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym mieszka lub przebywa dana osoba, tak jakby była ubezpieczona w tym państwie.

Więcej informacji na temat koordynacji praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się lub podróżowania znajduje się na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Niektóre specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne wypłacane są wyłącznie w kraju, w którym zamieszkuje beneficjent, tak więc nie mogą być eksportowane. Świadczenia te wymienione są w załączniku II na końcu niniejszego przewodnika.



Załącznik I: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych

Aby uzyskać informacje na temat systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące większej liczby krajów UE, można zwrócić się do instytucji kontaktowej znajdującej się w spisie instytucji prowadzonym przez Komisję Europejską, dostępnym na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Pytania dotyczące wpływu na świadczenia, jaki powoduje odprowadzanie składek na ubezpieczenie w co najmniej dwóch państwach członkowskich, należy kierować do następujących instytucji:

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
ul. ul. Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa
www.mpips.gov.pl

Ministerstwo Zdrowia
ul. ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
www.mz.gov.pl

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)
ul. Szamocka 3,5
01-748 Warszawa
www.tr.is

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)
ul. J. Pawła II 13
00-828 Warszawa
www.pfron.org.pl

Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
<http://www.dguv.de>



Załącznik II: Specjalne świadczenia nieskładkowe

Niektóre świadczenia zabezpieczenia społecznego, zwane „specjalnymi nieskładkowymi świadczeniami pieniężnymi”¹, wypłaca się wyłącznie w kraju zamieszkania danej osoby. Świadczenia te nie mogą być zatem eksportowane w przypadku wyjazdu do innego państwa europejskiego, nawet jeżeli dana osoba pozostaje ubezpieczona w Polsce.

Specjalne świadczenie nieskładkowe w Polsce to:

- renta socjalna (ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej).

¹ Świadczenia te są wymienione w załączniku X do rozporządzenia (WE) nr 883/2004 zmienionego rozporządzeniem (WE) nr 988/2009.