

**ŽÁDOST O DÁVKY PODLE MEZINÁRODNÍ
SMLOUVY USA O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ**

(Do tohoto pole nepište)

Pokud pracovník žije, měla by být tato žádost vyplněna pracovníkem nebo jeho jménem. Pokud pracovník zemřel, měla by být tato žádost vyplněna některým z pracovníkových pozůstalých, který požaduje dávky podle ustanovení mezinárodní dohody o sociálním zabezpečení.

ČÁST I

Část I vyplňte ve všech případech.

1.	(a) Napište tiskacím písmem jméno pracovníka (křestní jméno, prostřední iniciála, příjmení)	(b) Číslo sociálního zabezpečení USA ____/____/____
----	---	--

2. Uveďte následující informace o dobách sociálního pojištění pracovníka a poslední bydliště v zahraničí.

(a) Ve sloupcích (1) – (5) uveďte informace o obdobích pracovníkova zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti v zahraničí. (Nepostačuje-li vyhrazené místo, uveďte informace v Poznámkách – kolonka 19.)

(1) Odpracované období (od – do)	(2) Jméno a adresa zaměstnavatele nebo samostatné výdělečné činnosti	(3) Druh zaměstnání nebo podnikatelské činnosti	(4) Číslo sociálního pojištění v období pracovní činnosti	(5) Název instituce, které bylo placeno pojistné

(b) Ve sloupcích (1) – (4) uveďte informace o obdobích, kdy pracovník platil příspěvky v rámci zahraničního systému sociálního zabezpečení, které nejsou založeny na zaměstnaneckém poměru nebo samostatně výdělečné činnosti (např. platby dobrovolného pojistného, předpokládané nebo ekvivalentní pojištění, období vojenské služby, nemoci atd.)

(1) Doba pojištění (od – do)	(2) Druh pojištění	(3) Číslo sociálního pojištění používané pro toto pojištění, je-li odlišné od kolonky 2(a)(4)	(4) Případně název instituce, které bylo placeno pojistné

(c) Uveďte pracovníkovo poslední bydliště v zahraničí:

(Město a stát nebo provincie)

PŘED VYPLNĚNÍM ZBYTKU ŽÁDOSTI ODSTRÁŇTE PROSÍM STRANU 1 TOHOTO FORMULÁŘE. PO VYPLNĚNÍ A PODPISU ŽÁDOSTI PŘIPOJTE ODDĚLENOU STRANU K ŽÁDOSTI SVORKOU.

**ŽÁDOST O DÁVKY PODLE MEZINÁRODNÍ
SMLOUVY USA O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ**

(Do tohoto pole nepište)

Pokud pracovník žije, měla by být tato žádost vyplněna pracovníkem nebo jeho jménem. Pokud pracovník zemřel, měla by být tato žádost vyplněna některým z pracovníkových pozůstalých, který požaduje dávky podle ustanovení mezinárodní dohody o sociálním zabezpečení.

ČÁST I

Část I vyplňte ve všech případech.

1. (a) Napište tiskacím písmem jméno pracovníka (křestní jméno, prostřední iniciála, příjmení) (b) Číslo sociálního zabezpečení USA
____/____/____

2. Uveďte následující informace o dobách sociálního pojištění pracovníka a poslední bydliště v zahraničí.

(a) Ve sloupcích (1) – (5) uveďte informace o obdobích pracovníkova zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti v zahraničí. (Nepostačuje-li vyhrazené místo, uveďte informace v Poznámkách – kolonka 19.)

(1) Odpracované období (od – do)	(2) Jméno a adresa zaměstnavatele nebo samostatné výdělečné činnosti	(3) Druh zaměstnání nebo podnikatelské činnosti	(4) Číslo sociálního pojištění v období pracovní činnosti	(5) Název instituce, které bylo placeno pojistné

(b) Ve sloupcích (1) – (4) uveďte informace o obdobích, kdy pracovník platil příspěvky v rámci zahraničního systému sociálního zabezpečení, které nejsou založeny na zaměstnaneckém poměru nebo samostatně výdělečné činnosti (např. platby dobrovolného pojistného, předpokládané nebo ekvivalentní pojištění, období vojenské služby, nemoci atd.)

(1) Doba pojištění (od – do)	(2) Druh pojištění	(3) Číslo sociálního pojištění používané pro toto pojištění, je-li odlišné od kolonky 2(a)(4)	(4) Případně název instituce, které bylo placeno pojistné

(c) Uveďte pracovníkovo poslední bydliště v zahraničí:

(Město a stát nebo provincie)

PŘED VYPLNĚNÍM ZBYTKU ŽÁDOSTI ODSTRÁŇTE PROSÍM STRANU 1 TOHOTO FORMULÁŘE. PO VYPLNĚNÍ A PODPISU ŽÁDOSTI PŘIPOJTE ODDĚLENOU STRANU K ŽÁDOSTI SVORKOU.

3. Žádám o všechny dávky, na které mám nárok podle ustanovení smlouvy o sociálním zabezpečení mezi Spojenými státy a	Název státu
4. Tato žádost může být použita pro požadování dávek od USA a/nebo cizího státu uvedeného v kolonce 3. Označte křížkem (x) políčko/políčka uvádějící druh dávky/dávek, o kterou/ktelé žádáte stát/státy, od kterého/kterých požadujete dávky.	
DÁVKA POŽADOVANÁ OD CIZÍHO STÁTU	
Druh dávky požadované od cizího státu: <input type="checkbox"/> starobní důchod <input type="checkbox"/> pozůstalostní důchod <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> invalidní důchod <input type="checkbox"/> jiná (uveďte) _____	
DÁVKA POŽADOVANÁ OD SPOJENÝCH STÁTŮ	
(a) Pobíráte v současné době dávky od Spojených států?	<input type="checkbox"/> ano /pokud ano, odpovězte na (b) níže/ <input type="checkbox"/> ne /pokud ne, odpovězte na (c) níže/
(b) Pobíráte-li již dávky od Spojených států, přejete si zažádat o jiný druh dávek od Spojených států?	<input type="checkbox"/> ano /pokud ano, odpovězte na (d) níže/ <input type="checkbox"/> ne /pokud ne, přejděte ke kolonce 5./
(c) Nepobíráte-li v současné době dávky od Spojených států, přejete si nyní zažádat o dávky od Spojených států?	<input type="checkbox"/> ano /pokud ano, odpovězte na (d) níže/ <input type="checkbox"/> ne /pokud ne, přejděte ke kolonce 5./
(d) Uveďte druh dávek, o které chcete zažádat Spojené státy: <input type="checkbox"/> starobní důchodové <input type="checkbox"/> invalidní <input type="checkbox"/> pozůstalostní	
INFORMACE O PRACOVNÍKOVÍ	
5. (a) Napište tiskacím písmem rodné jméno pracovníka, liší-li se od kolonky 1(a)	
(b) Označte křížkem (x) pohlaví pracovníka <input type="checkbox"/> mužské <input type="checkbox"/> ženské	(c) Uveďte číslo sociálního pojištění pracovníka v cizím státě, liší-li se od kolonky 2(a)(4) nebo 2(b)(3)
(d) Není-li číslo pracovníkova sociálního zabezpečení buď ve Spojených státech, nebo v cizím státě známo, uveďte jména pracovníkových rodičů:	
Jméno matky (křestní jméno, prostřední iniciála, příjmení, dívčí jméno)	
Jméno otce (křestní jméno, prostřední iniciála, příjmení)	
(e) Uveďte pracovníkovo občanství (uveďte název státu)	
6. Chcete, aby tato žádost ochraňovala oprávněný nárok manžela/manželky a/nebo dítěte na dávky sociálního zabezpečení?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
7. (a) Byl pracovník nebo jiná osoba žádající o dávky prostřednictvím této žádosti někdy uprchlíkem nebo osobou bez státní příslušnosti?	<input type="checkbox"/> ano /pokud ano, odpovězte na (b) níže/ <input type="checkbox"/> ne /pokud ne, přejděte ke kolonce 8./
(b) Pokud ano, uveďte následující informace o osobě:	
Jméno	Data uprchlického statutu nebo statutu bez státní příslušnosti

ČÁST II

Část II vyplňte POUZE tehdy, pokud žádáte o dávky z cizího státu.

8.	Pokud žádáte o invalidní důchod, uveďte datum počátku vaší neschopnosti. Jinak kolonku proškrtněte.	Datum (měsíc, den, rok)
9.	(a) Pokud žádáte o starobní důchod, přestal(a) jste nebo plánujete přestat pracovat?	<input type="checkbox"/> ano /pokud ano, odpovězte na (b) níže/ <input type="checkbox"/> ne /pokud ne, přejděte ke kolonce 10./
	(b) Pokud ano, uveďte datum, kdy jste přestal(a) nebo plánujete přestat pracovat.	Datum (měsíc, den, rok)
10.	(a) Žádáte o dávky zahraničního sociálního zabezpečení v rámci zvláštního systému, který se týká zvláštních zaměstnání (např. horníci, námořníci, farmáři)?	<input type="checkbox"/> ano /pokud ano, odpovězte na (b) a (c) níže/ <input type="checkbox"/> ne /pokud ne, přejděte ke kolonce 11./
	(b) Jaké bylo vaše zaměstnání v cizím státě?	
	(c) Vykonával(a) jste stejný druh zaměstnání v USA?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

INFORMACE O ŽADATELI

Kolonku 11 vyplňte POUZE tehdy, pokud nejste pracovníkem. Jste-li pracovníkem, ponechte tuto položku nevyplněnou a přejděte ke kolonce 12.

11.	(a) Napište tiskacím písmem své jméno (křestní jméno, prostřední iniciála, příjmení, dívčí jméno)	(b) Jaký je váš vztah k pracovníkovi?
	(b) Uveďte své číslo sociálního zabezpečení USA	(d) Uveďte své číslo sociálního zabezpečení v cizím státě (uveďte, pokud toto číslo neexistuje nebo není známo)

DODATEČNÉ INFORMACE O PRACOVNÍKOVÍ

12.	(a) Uveďte datum pracovníkova narození (měsíc, den, rok)	(b) Uveďte místo pracovníkova narození (město, stát, provincie, země)						
13.	Pokud pracovník zemřel, uveďte datum a místo úmrtí	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">(a) Datum (měsíc, den, rok)</td> <td style="width: 50%;">(b) Místo (město, stát, provincie, země)</td> </tr> </table>	(a) Datum (měsíc, den, rok)	(b) Místo (město, stát, provincie, země)				
(a) Datum (měsíc, den, rok)	(b) Místo (město, stát, provincie, země)							
14.	(a) Byl pracovník v aktivní vojenské nebo námořní službě USA (včetně aktivní povinnosti cvičení u záloh USA nebo Národní gardy USA) nebo cizího státu po 7. září 1939?	<input type="checkbox"/> ano (pokud ano, odpovězte na (b) a (c) níže) <input type="checkbox"/> ne (pokud ne, přejděte ke kolonce 15)						
	(b) Uveďte název státu, ve kterém pracovník sloužil, a data služby:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Stát</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Data služby</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width: 35%;">OD: (měsíc, den, rok)</td> <td style="width: 35%;">DO: (měsíc, den, rok)</td> </tr> </table>	Stát	Data služby			OD: (měsíc, den, rok)	DO: (měsíc, den, rok)
Stát	Data služby							
	OD: (měsíc, den, rok)	DO: (měsíc, den, rok)						
	(c) Pobíral někdo (žijící nebo zesnulý) nebo očekává někdo, že bude pobírat dávky od Federální agentury USA na základě pracovníkovy vojenské nebo námořní služby?	<input type="checkbox"/> ano (pokud ano, odpovězte na (d) níže) <input type="checkbox"/> ne (pokud ne, přejděte ke kolonce 15)						
	(d) Pokud ano, uveďte následující informace pro každou osobu: (Nepostačuje-li vyhrazené místo, uveďte informace v Poznámkách – kolonka 19.)							
	Jméno	Agentura USA						
		Žádost č.						

15.	(a) Byl pracovník zaměstnán nebo samostatně výdělečně činný v rámci systému sociálního zabezpečení USA během uplynulých 24 měsíců?	<input type="checkbox"/> ano (pokud ano, odpovězte na (b) a (c) níže)	<input type="checkbox"/> ne (pokud ne, přejděte ke kolonce 16)
Uveďte pracovní období v rámci systému sociálního zabezpečení USA a název a adresu zaměstnavatele nebo samostatné výdělečné činnosti			
(b) Název a adresa zaměstnavatele nebo samostatné výdělečné činnosti		Začátek činnosti (měsíc – rok)	Konec činnosti (měsíc – rok)
(c) Můžeme se dotázat některého výše uvedeného zaměstnavatele na informace o mzdě, které jsou potřebné pro zpracování této žádosti?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

INFORMACE O ZÁVISLÝCH OSOBÁCH, PRO KTERÉ SE ŽADÁ O DÁVKY

16.	(a) Má pracovník nějaké děti, které jsou v současné době nebo byly v uplynulých 12 měsících svobodné a:	mladší 18 let	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
		ve věku 18 let nebo starší a studují nebo jsou práce neschopné	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Pokud jste zaškrtnuli některé z políček „ano“, uveďte informace o každém dítěti. POZNÁMKA: Děti se rozumějí vlastní děti, nevlastní děti a adoptované děti včetně vnoučat, která žijí ve stejné domácnosti jako pracovník.				
(b) Jméno dítěte		(c) Vztah k pracovníkovi	(d) Pohlaví (M nebo Ž)	(e) Datum narození (měsíc, den, rok)

17.	Manžel, manželka, vdovec nebo vdova pracovníka může mít nárok na dávky. Kromě toho může mít nárok na dávky také bývalý(á) manžel(ka) pracovníka jakožto rozvedený(á) manžel(ka), vdovec nebo vdova. Uveďte následující informace o všech manželech(kách) nebo bývalých manželech(kách) pracovníka.		
	MANŽEL(KA)	BÝVALÝ(Á) MANŽEL(KA)	BÝVALÝ(Á) MANŽEL(KA)
(a)	Jméno (včetně dívčího jména)		
(b)	Datum narození (měsíc, den, rok)		
(c)	Datum sňatku (měsíc, den, rok)		
(d)	Datum rozvodu (měsíc, den, rok)		
(e)	Stát občanství		
(f)	Číslo sociálního pojištění v cizím státě		
(g)	Případně číslo sociálního zabezpečení USA		

18.	(a) Žádal pracovník nebo jiná osoba uvedená v této žádosti někdy dříve o dávky sociálního zabezpečení USA nebo dávky sociálního zabezpečení od státu uvedeného k kolonce 3 této žádosti?	<input type="checkbox"/> ano (pokud ano, odpovězte na (b) až (f) níže)	<input type="checkbox"/> ne (pokud ne, přejděte ke kolonce 19)
Pokud ano, uveďte informace požadované pro každou osobu. (Nepostačuje-li vyhrazené místo, uveďte informace v Poznámkách – kolonka 19.)			
(b) Jméno		(c) Druh dávky (např. starobní důchod)	
(d) Číslo žádosti	(e) Výše dávky (je-li přiznána)	(f) Instituce, která žádost schválila nebo zamítla	

19. POZNÁMKY (Tuto kolonku můžete použít pro vaše vysvětlení. Nepostačuje-li vyhrazené místo, připojte samostatný list.)

SLOUŽÍ JAKO POUZE JAKO PŘEKLAD, PROSÍM NEVYPLŇUJTE!

Prohlášení zákona o omezení administrativní práce – Toto zjišťování informací odpovídá požadavkům 44 U.S.C. § 3507 ve znění oddílu 2 Zákona o omezení administrativní práce z roku 1995. Na tyto otázky nemusíte odpovídat, pokud neuvedeme platné kontrolní číslo Úřadu pro správu a rozpočet. Podle našeho odhadu bude přečtení pokynů, shromáždění faktů a zodpovězení otázek trvat asi 30 minut. **ZAŠLETE VYPLNĚNÝ FORMULÁŘ SE VŠEMI DOKLADY VAŠEMU MÍSTNÍMU ÚŘADU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Úřad je uveden mezi vládními agenturami USA ve vašem telefonním seznamu nebo můžete zatelefonovat úřadu sociálního zabezpečení na číslo 1-800-772-1213. Můžete poslat komentář k našemu výše uvedenému časovému odhadu na: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. Na tuto adresu posílejte pouze komentář k našemu časovému odhadu, nikoli vyplněný formulář.**

POZNÁMKA O ZÁKONĚ NA OCHRANU DAT

Statutární pravomoc: Tento formulář požaduje informace na základě pravomoci oddílu 203(a) a 233(d) Zákona o sociálním zabezpečení ve znění pozdějších předpisů /42 USC 405(a) a 433(d)/.

Povinnost nebo dobrovolnost: Ačkoli nejste povinni, s výjimkou okolností uvedených níže, poskytnout instituci sociálního zabezpečení informace požadované v tomto formuláři, nemusí vám být vyplaceny žádné dávky podle mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení, pokud informace v žádosti neposkytnete. Máte však povinnost poskytnout informace v případě, kdy by odmítnutí sdělit informace týkající vašeho nároku na dávku vycházelo z podvodného úmyslu získat dávku, na které nemáte podle zákona o sociálním zabezpečení nárok.

Účel: informace v tomto formuláři umožňují orgánům sociálního zabezpečení v USA a v cizím státě, který jste uvedli na straně 3 této žádosti, rozhodnout, zda máte nárok na dávky podle mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení.

Účinek: Neposkytnutí všech nebo části těchto informací může zabránit přesnému a včasnému rozhodnutí o vaší žádosti a může mít za následek ztrátu některých dávek.

Použití informací: Informace z tohoto formuláře budou poskytnuty orgánům sociálního zabezpečení cizího státu, který jste uvedli na straně 3 této žádosti, aby mohly zjistit informace o obdobích, kdy pracovník hradil příspěvky (byl pojištěn) v rámci tohoto systému. Bude rovněž sloužit jako žádost o dávky splatné podle zahraničních zákonů i podle zákonů USA, pokud byl úmysl žádat o dávky v rámci tohoto systému uveden v kolonce 4 této žádosti. Správa sociálního zabezpečení nemůže zaručit důvěrnost informací poskytnutých zahraniční instituci sociálního zabezpečení. Obecně platí, že důvěrnost se řídí předpisy příslušného státu. Informace mohou být rovněž použity (1) pro usnadnění statistického výzkumu a činnosti auditu pro zajištění ucelenosti a zlepšování programů sociálního zabezpečení a (2) pro účely federálních zákonů, které vyžadují výměnu informací mezi správou sociálního zabezpečení a jinými vládními agenturami USA.

Informace, které nám poskytnete, můžeme rovněž použít při počítačovém srovnávání záznamů. Srovnávací programy porovnávají naše záznamy se záznamy jiných federálních, státních nebo místních vládních agentur. Mnoho agentur může používat srovnávací programy při zjišťování nebo ověřování nároku osoby na dávky vyplácené federální vládou. Zákon nám to umožňuje, i když k tomu nevydáte souhlas.

Vysvětlení těchto a dalších důvodů, proč mohou být informace, které nám poskytnete, používány nebo předávány, jsou k dispozici v úřadech sociálního zabezpečení. Chcete-li se o této problematice více informovat, kontaktujte jakýkoli úřad sociálního zabezpečení.

Zmocňuji tímto Spojené státy, aby poskytly příslušné instituci sociálního zabezpečení jiného státu všechny informace a doklady, které mají k dispozici a které souvisejí nebo mohou souviset s touto žádostí o dávky. Rovněž zmocňuji instituci(e) jiného státu, aby poskytla(y) Správě sociálního zabezpečení nebo stanovišti zahraniční služby Spojených států všechny informace a doklady, které má(mají) k dispozici a které souvisejí s touto žádostí o dávky.

Prohlašuji pod trestem křivého svědectví, že jsem prověřil(a) všechny informace v tomto formuláři a ve všech průvodních prohlášeních nebo formulářích a že jsou pravdivé a přesné podle mého nejlepšího vědomí a svědomí. Uvědomuji si, že osoba, která vědomě uvede nepravdivé nebo zavádějící prohlášení o podstatných skutečnostech v těchto informacích nebo k tomu přiměje jinou osobu, dopouští se trestného činu a může být odsouzena k trestu odnětí svobody nebo k jiným trestům nebo k obojímu.

PODPIS ŽADATELE	Datum (měsíc, den, rok)
Podpis (křestní jméno, prostřední iniciála, příjmení) (pište inkoustem)	Telefonní číslo(a), na kterém(kterých) můžete být kontaktován(a) během dne
PODPIS ZDE	(předčíslí)

Poštovní adresa (ulice a číslo popisné, číslo bytu, P.O.Box nebo místní komunikace) (uveďte adresu trvalého bydliště v Poznámkách, pokud je jiná)

Město a stát	PSČ	Případně stát, ve kterém v současné době žijete
--------------	-----	---

Svědkové jsou požadováni POUZE v případě, že byla tato žádost podepsána značkou (x) výše. Je-li podepsána značkou (x), musí se níže podepsat dva svědkové podpisu, kteří znají žadatele, a uvést svou plnou adresu. V kolonce Podpis napište rovněž tiskacím písmem žadatelovo jméno.

1. Podpis svědka	2. Podpis svědka
Adresa (ulice a číslo, město, stát a PSČ)	Adresa (ulice a číslo, město, stát a PSČ)