

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (POLSKA)**WNIOSEK O PRZELEWANIE AMERYKAŃSKICH ŚWIADCZEŃ SOCIAL SECURITY
BEZPOŚREDNIO NA KONTO BANKOWE W POLSCE**

- Proszę podać aktualny adres w Części 1A .
- Część 3 musi być wypełniona przez pracownika banku.
- Proszę wysłać wypełniony formularz w załączonej kopercie

CZĘŚĆ 1 (do wypełnienia przez ODBIORCY)

Nazwę i pełny adres do korespondencji:		- Numer Ubezpieczenia Społecznego -											
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		Nazwisko osoby uprawnionej do korzystania											
Numer telefonu:	Pole to jest z przydziałem płatniczy tylko (jeśli dotyczy)												
	Typ	Kwota											
POŚWIADCZENIE ODBIORCY ŚWIADCZEŃ Oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem informacje na odwrocie tego formularza. Poprzez podpisanie niniejszego formularza upoważniam Social Security Administration do przekazywania moich świadczeń bezpośrednio na mój rachunek bankowy. Rozumiem, że dane osobowe związane z przelewami są poufne. Wyrażam jednak zgodę na ujawnienie informacji wymaganych przez prawo lub koniecznych dla ochrony przed ew. oszustwami i przestępstwami.		POŚWIADCZENIE WSPÓŁWŁAŚCICIELA RACHUNKU Oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem informacje na odwrocie tego formularza, łącznie z POUCZENIEM DLA WSPÓŁWŁAŚCICIELI KONT.											
Podpis	Data	Podpis	Data										
<table><tr><td></td></tr></table>		<table><tr><td></td></tr></table>		<table><tr><td></td></tr></table>		<table><tr><td></td></tr></table>							
		To konto jest: ☐ Własny rachunek ☐ Wspólne konto											

CZĘŚĆ 2 (Adres do korespondencji)

NAZWA agencji rządowej: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	Przesłać wypełnione formularze : Social Security Administration Office of International Operations P.O. Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA
--	--

CZĘŚĆ 3 (Do wypełnienia przez pracownika banku.)

Rachunek musi być prowadzony w dolarach USA. Proszę wpisać numer IBAN w kratki poniżej.

NAZWA BANKU		NUMER TELEFONU BANKU																												
<table><tr><td></td></tr></table>			<table><tr><td></td></tr></table>																											
ADRES BANKU																														
<table><tr><td></td></tr></table>																														
IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA BANKU		PODPIS PRACOWNIKA BANKU																												
<table><tr><td></td></tr></table>			<table><tr><td></td></tr></table>																											
Kod Polski	2 cyfr. Liczba Kontr.	Nr jednostki org. banku (Wymagane wszystkie 8 cyfr)	Numer porządkowy rachunku (Wymagane wszystkie 16 cyfr)																											
<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															

WAŻNE INFORMACJE - PROSZĘ PRZECZYTAĆ UWAŻNIE

Zawarte w tym formularzu dane są poufne. Informacje te potrzebne są do bezgotówkowego przelewania wypłat świadczeń Social Security bezpośrednio na rachunek bankowy w Polsce.

TERMIN PRZELEWANIA WYPŁAT NA RACHUNKI BANKOWE

Wypłaty będą przekazywane za pośrednictwem polskiego systemu bankowego i znajdą się na rachunku w dzień po normalnym dniu wypłaty. Dzięki przelewom świadczeniobiorca będzie miał natychmiastowy dostęp do swoich pieniędzy. Jest to najbezpieczniejsza forma wypłaty świadczeń.

****POUCZENIE DLA WSPÓŁWŁAŚCICIELI KONT****

W przypadku śmierci osoby otrzymującej świadczenie Social Security pełnomocnik lub współwłaściciel konta zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić bank **oraz** Ambasadę Amerykańską. Wszelkie świadczenia wpłacone na wspólny rachunek po zgonie beneficjenta muszą być zwrócone do Social Security

ZGŁOSZENIE ZMIANY ADRESU

W przypadku zmiany adresu Ambasada Amerykańska **musi** być powiadomiona. Wypłata świadczeń może zostać wstrzymana, jeśli Social Security nie będzie w stanie skontaktować się ze świadczeniobiorcą

ZGŁOSZENIE ZMIANY BANKU LUB NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO:

Zmianę banku lub numeru rachunku bankowego należy zgłosić pod jeden z poniższych adresów:

Ambasada Amerykańska Dział Świadczeń Federalnych Al.Ujazdowskie 29/31 00-540 Warszawa	Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA
--	---

W takiej sytuacji konieczne może okazać się wypełnienie nowego formularza. **Proszę nie zamykać starego konta dopóki świadczenia nie zaczną wpływać na nowe konto**

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTAWY O OGRANICZANIU BIUROKRACJI:

Ten zbiór informacji spełnia wymagania 44 Kodeksu USA § 3507, zgodnie z poprawkami w części 2 Ustawy o ograniczaniu biurokracji (Paperwork Reduction Act) z roku 1995. Nie trzeba odpowiadać na pytania, o ile ważny numer kontrolny Biura ds. Zarządzania i Budżetu (Office of Management and Budget) nie figuruje na formularzu. Szacujemy, że na przeczytanie instrukcji, zebranie informacji i udzielenie odpowiedzi potrzeba ok. 5 minut. Uwagi na temat szacowanego czasu wypełniania można wysłać na adres: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Na powyższy adres prosimy kierować wyłącznie uwagi na temat szacowanego czasu, a nie wypełnione formularze.**