

FORMULARZ REJESTRACJI DO BEZPOŚREDNIEGO PRZELEWU (POLSKA)

WNIOSEK O PŁATNOŚĆ COMIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ Z AMERYKAŃSKIEGO SYSTEMU SOCIAL SECURITY BEZPOŚREDNIM PRZELEWEM

- Wypełnij część 1 i „**PODPISZ SIĘ**”.
- Poproś swój bank o wypełnienie części 3.
- Odeślij wypełniony formularz na adres podany w części 2.

CZĘŚĆ 1 (WYPEŁNIA ODBIORCA PŁATNOŚCI)

Imię i nazwisko oraz pełny adres pocztowy:	- NUMER WNIOSKU O ŚWIADCZENIA SOCIAL SECURITY -		B.I.C. OPCJONALNIE
	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do świadczeń		
NUMER TELEFONU	TO POLE SŁUŻY WYŁĄCZNIE DO PRZYDZIAŁU PŁATNOŚCI (jeśli dotyczy)		
	RODSAJ	KWOTA	
POŚWIADCZENIE ODBIORCY PŁATNOŚCI Oświadczam (beneficjent lub odbiorca płatności będący przedstawicielem), że przeczytałem(-am) i rozumiem informacje podane na odwrocie niniejszego formularza. Podpisując niniejszy formularz, upoważniam Social Security Administration do wysłania tej płatności do instytucji finansowej wskazanej w części 3 i zdeponowania jej na wyznaczonym koncie. Rozumiem, że dane osobowe związane z tymi płatnościami są poufne, wyrażam jednak zgodę na ujawnienie informacji o płatnościach w sytuacji, gdy będzie to wymagane na mocy prawa lub konieczne do ochrony przed oszustwami lub przestępstwami.	POŚWIADCZENIE WSPÓŁPOSIADACZA KONTA (opcjonalnie) Oświadczam, że przeczytałem(-am) i rozumiem informacje podane na odwrocie niniejszego formularza, w tym SPECJALNĄ UWAGĘ DO WSPÓŁPOSIADACZY KONTA.		
PODPIS	DATA	Podpis współposiadacza konta	DATA
CZY JESTEŚ ODBIORCĄ PŁATNOŚCI BĘDĄCYM PRZEDSTAWICIELEM? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	To konto jest: <input type="checkbox"/> moim własnym kontem <input type="checkbox"/> wspólnym kontem		
Data urodzenia beneficjenta			

CZĘŚĆ 2 (ADRES POCZTOWY)

NAZWA AGENCJI RZĄDOWEJ: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	WYPEŁNIONE FORMULARZE WYSLAĆ NA ADRES: Federal Benefits Unit American Consulate General ul. Stolarska 9 31-043 Kraków Poland
--	--

CZĘŚĆ 3 (WYPEŁNIA INSTYTUCJA FINANSOWA ODBIORCY PŁATNOŚCI) MUSI TO BYĆ KONTO DOLAROWE W DOLARACH AMERYKAŃSKICH (USD, skrót w języku angielskim)

NAZWA BANKU	NUMER TELEFONU DO BANKU
ADRES BANKU	
IMIĘ I NAZWISKO URZĘDNIKA BANKU (drukowanymi literami)	PODPIS URZĘDNIKA BANKU

Wpisać numer IBAN w poniższe pola. Wypełnić wszystkie pola.

WAŻNE INFORMACJE -- NALEŻY UWAGNIE PRZECZYTAĆ

Informacje podawane w tym formularzu są poufne. Informacje te są potrzebne do przesłania drogą elektroniczną płatności z amerykańskiego systemu Social Security do instytucji finansowej w Pana(-i) kraju.

KIEDY WPŁYNĄ PŁATNOŚCI PRZESYŁANE BEZPOŚREDNIM PRZELEWEM

Płatności będą wysyłane za pośrednictwem polskiego systemu bankowego i zazwyczaj pojawią się na koncie bankowym wkrótce po zwykłym terminie płatności. Dzięki bezpośredniemu przelewowi możliwy będzie natychmiastowy dostęp do pieniędzy. To najbezpieczniejszy sposób otrzymywania świadczeń.

INFORMACJE O PRZEWALUTOWANIU

W przypadku przelewów bezpośrednich płatność z amerykańskiego systemu Social Security, zanim zostanie przelana na konto, jest automatycznie przeliczana na dolary amerykańskie (USD, skrót w języku angielskim) (jeśli dotyczy) po dziennym międzynarodowym kursie wymiany.

****SPECJALNA UWAGA DO WSPÓŁPOSIADACZY KONTA****

Jeśli ma Pan(i) wspólne konto z osobą, która otrzymuje świadczenia z Social Security, i osoba ta umrze, musi Pan(i) natychmiast skontaktować się ze swoim bankiem i Social Security Administration lub Federal Benefits Unit (**Biuro Świadczeń Federalnych**) w swoim rejonie. Należy zwrócić do Social Security wszystkie płatności przelane na wspólne konto po śmierci beneficjenta.

ZMIANA ADRESU

W przypadku zmiany adresu należy poinformować o tym Federal Benefits Unit (**Biuro Świadczeń Federalnych**) lub Social Security Administration. Wypłata świadczeń może zostać wstrzymana, jeśli urząd Social Security Administration będzie musiał skontaktować się z beneficjentem i nie będzie mógł go zlokalizować.

ZMIANA BANKU LUB KONT BANKOWYCH

W przypadku zmiany banku lub konta należy powiadomić jedno z tych biur:

Federal Benefits Unit U.S. Consulate General ul. Stolarska 9 31-043 Kraków Polska	Federal Benefits Unit U.S. Embassy ul. Piękna 12 00-539 Warszawa Polska	Social Security Administration Office of Earnings and International Operations Division Of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA
---	---	---

Konieczne może być wypełnienie nowego formularza rejestracji do bezpośredniego przelewu.

Nie należy zamykać starego konta, zanim nie zaczną wpływać płatności na nowe konto.

Privacy Act Statement (Oświadczenie o wykorzystywaniu danych w świetle ustawy o ochronie prywatności)
Gromadzenie i wykorzystywanie danych osobowych

Art. 205(a) ustawy o Social Security, z późniejszymi zmianami, umożliwia nam gromadzenie tych informacji. Podanie nam tych informacji jest dobrowolne. Jednak niepodanie całości lub części informacji może uniemożliwić otrzymywanie świadczeń za pośrednictwem zagranicznych instytucji finansowych.

Przekazane informacje zostaną wykorzystane do przetwarzania płatności świadczeń w instytucji finansowej beneficjenta. Możemy również udostępniać przekazane nam informacje w następujących celach (tak zwane rutynowe wykorzystanie):

- Department of State (**Departamentowi Stanu**) i jego przedstawicielom do zarządzania Ustawą za granicą za pośrednictwem placówek i usług takiej agencji; oraz
- zewnętrznym osobom kontaktowym, jeśli jest to konieczne, w celu ustalenia lub zweryfikowania informacji przekazanych przez odbiorców płatności będących przedstawicielami lub wnioskodawców odbiorcy płatności.

Ponadto możemy udostępniać te informacje zgodnie z Privacy Act (**Ustawa o ochronie prywatności**) i innymi przepisami federalnymi. Na przykład, w upoważnionych przypadkach, możemy wykorzystywać i ujawniać te informacje w programach komputerowych porównujących dane, w których nasza dokumentacja jest porównywana z innymi danymi w celu ustalenia lub zweryfikowania uprawnienia danej osoby do programów świadczeń federalnych oraz do zwrotu nieprawidłowych lub zaległych długów w ramach tych programów.

Lista dodatkowych rutynowych sposobów wykorzystywania danych jest dostępna w naszych Privacy Act System of Records Notices (**Powiadomieniach o systemie przechowywania dokumentacji zgodnie z ustawą o ochronie prywatności**) (SORN, skrót w języku angielskim) 60-0089, zatytułowanych Claims Folders Systems (**Systemy folderów roszczeń**), opublikowanych w Federal Register (**Rejestr Federalny**) (FR, skrót w języku angielskim) w dniu 1 kwietnia 2003 r. w 68 FR 15784, oraz 60-0090, zatytułowanych Master Beneficiary Record (**Główna dokumentacja beneficjenta**), opublikowanych w FR w dniu 11 stycznia 2006 w 71 FR 1826. Dodatkowe informacje i pełny wykaz wszystkich naszych SORN są dostępne na naszej stronie internetowej pod adresem <https://www.ssa.gov/privacy> (dostępna tylko w języku angielskim).

Paperwork Reduction Act Statement (Oświadczenie wymagane ustawą o ograniczaniu biurokracji) --

Zebrane tu informacje spełniają wymagania 44 U.S.C. § 3507, wraz z poprawkami wprowadzonymi w artykule 2 Paperwork Reduction Act (**Ustawa o ograniczeniu biurokracji**) z roku 1995. Nie trzeba udzielać odpowiedzi na te pytania, jeśli nie zostanie przedstawiony ważny numer kontrolny Office of Management and Budget (**Urząd ds. Administracji i Budżetu**). Szacujemy, że przeczytanie instrukcji, zebranie informacji i udzielenie odpowiedzi na pytania zajmie około 5 minut. **WYPEŁNIONY FORMULARZ NALEŻY WYŚLAĆ LUB ZANIEŚĆ DO LOKALNEGO URZĘDU SOCIAL SECURITY. Lokalny urząd Social Security można znaleźć poprzez stronę internetową SSA pod adresem www.socialsecurity.gov (dostępna tylko w języku angielskim). Urzędy są również wymienione w książce telefonicznej w części dotyczącej agencji rządowych USA lub można zadzwonić do Social Security pod numer 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Uwagi dotyczące podanego wyżej szacowanego czasu można przesłać na adres: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Na ten adres należy wysłać tylko uwagi dotyczące szacowanego czasu, a nie wypełniony formularz.**