

# Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

na Cyprze



Spoleczna 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

<b>Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie.....</b>	<b>6</b>
Wprowadzenie .....	6
Organizacja ochrony socjalnej.....	7
Finansowanie .....	9
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń zabezpieczenia społecznego .....	11
<b>Rozdział II: Opieka zdrowotna .....</b>	<b>13</b>
Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej? .....	13
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	13
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej? .....	14
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń opieki zdrowotnej... ..	14
<b>Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby .....</b>	<b>16</b>
Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby? .....	16
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	16
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby? .....	16
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby .....	17
<b>Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa.....</b>	<b>18</b>
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa? .....	18
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	18
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa? .....	18
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa.....	19
<b>Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa .....</b>	<b>20</b>
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa? .....	20
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	20
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa? .....	21
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu inwalidztwa.....	21
<b>Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku .....</b>	<b>23</b>
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku? .....	23
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	25
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku? .....	26



Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu podeszłego wieku .....	26
<b>Rozdział VII: Renty rodzinne .....</b>	<b>27</b>
Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej? .....	27
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	27
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej? .....	29
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do renty rodzinnej .....	29
<b>Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.30</b>	
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych? .....	30
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	30
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych? .....	31
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.....	31
<b>Rozdział IX: Świadczenia rodzinne .....</b>	<b>32</b>
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych? .....	32
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	32
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych? .....	32
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń rodzinnych.....	33
<b>Rozdział X: Bezrobocie .....</b>	<b>34</b>
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia? .....	34
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	34
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia? .....	35
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu bezrobocia	35
<b>Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej .....</b>	<b>36</b>
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej? .....	36
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	37
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej? .....	37
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej .....	38
<b>Rozdział XII: Opieka długoterminowa .....</b>	<b>39</b>
Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej? .....	39
Co obejmuje ubezpieczenie? .....	39



W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej? ..... 40  
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do opieki długoterminowej ..... 40

**Załącznik I: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych .....41**

**Załącznik II: Specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne .....43**





## Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

### Wprowadzenie

Obowiązkowy system ubezpieczenia społecznego dotyczy wszystkich osób wykonujących na Cyprze pracę zarobkową jako pracownicy najemni lub jako osoby prowadzące działalność na własny rachunek. Do dobrowolnego ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które pragną kontynuować ubezpieczenie po zakończeniu pewnego ustalonego okresu ubezpieczenia obowiązkowego lub osoby wykonujące za granicą działalność na rzecz pracodawców cypryjskich. System, którym zarządza departament zabezpieczenia społecznego, zapewnia następujące świadczenia:

- świadczenie z tytułu choroby;
- zasiłek macierzyński;
- świadczenie z tytułu macierzyństwa;
- świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w tym świadczenie z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy, świadczenie z tytułu inwalidztwa wskutek pracy oraz świadczenia z tytułu śmierci;
- renta inwalidzka;
- zasiłek dla bezrobotnych;
- emeryturę;
- renta wdowia;
- renta sieroca;
- zasiłek pogrzebowy;
- zasiłek z tytułu zawarcia związku małżeńskiego.

Pracownicy najemni mają prawo do wszystkich wyżej wymienionych świadczeń. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek nie mają prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz do świadczeń przyznawanych z tytułu wypadku przy pracy. Ubezpieczeni dobrowolnie pracujący za granicą na rzecz pracodawcy cypryjskiego nie mają prawa do świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych. Pozostali ubezpieczeni dobrowolnie nie mają prawa do świadczenia z tytułu macierzyństwa, świadczenia z tytułu choroby, świadczenia z tytułu bezrobocia, jak również do świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych.

Wszystkie świadczenia okresowe (poza świadczeniami jednorazowymi) składają się ze:

- świadczenia podstawowego, które obejmuje dodatek na osoby pozostające na utrzymaniu oraz jest związane z wynagrodzeniem podlegającym obowiązkowi składkowemu osoby objętej ubezpieczeniem podstawowym;
- świadczenia uzupełniającego, które jest związane z wynagrodzeniem podlegającym obowiązkowi składkowemu osoby objętej ubezpieczeniem uzupełniającym i które nie obejmuje dodatku na osoby pozostające na utrzymaniu.

W systemie zabezpieczenia społecznego obowiązuje ogólna zasada niekumulowania uprawnień. Inaczej mówiąc, jeśli dana osoba ma prawo do więcej niż jednego



świadczenia na ten sam okres, wypłacane jest wyższe świadczenie. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku, gdy osoba jest równocześnie uprawniona do renty wdowiej.

Stawki podstawowych rent i emerytur są korygowane na początku każdego roku na podstawie wielkości procentowej korekty podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu, podczas gdy stawki rent i emerytur uzupełniających są korygowane w zależności od wzrostu wskaźnika kosztów utrzymania (porównanie drugiego półrocza dwóch ostatnich lat).

Ponadto stawki rent i emerytur są zwiększane w lipcu każdego roku zgodnie ze wzrostem wskaźnika kosztów utrzymania (porównanie drugiego półrocza danego roku z drugim półroczem roku poprzedniego), jeśli wzrost wyniesie co najmniej 1%. Wzrost ten brany jest pod uwagę w chwili określania stawek rent i emerytur na początku roku.

Świadczenia są wypłacane czekiem albo przelewem bankowym.

Czeki muszą być zrealizowane w ciągu trzech miesięcy od daty ich wystawienia.

### Organizacja ochrony socjalnej

**Departament zabezpieczenia społecznego** jest instytucją rządową podlegającą kontroli i nadzorowi ministerstwa pracy i zabezpieczenia społecznego, które odpowiada za zarządzanie wszystkimi rodzajami ubezpieczeń społecznych. Departament odpowiada za:

- wdrażanie rządowej polityki w dziedzinie zabezpieczenia społecznego za pomocą specjalnych systemów i środków;
- przygotowywanie propozycji dotyczących rządowej polityki zmierzającej do ciągłego udoskonalania zabezpieczenia społecznego w odpowiedzi na wydarzenia międzynarodowe oraz warunki społeczno-ekonomiczne panujące na Cyprze;
- opracowywanie listy potrzeb społeczno-ekonomicznych, które można zaspokoić za pomocą środków zabezpieczenia społecznego;
- nieustanne badanie i ocenianie systemów i środków wprowadzanych przez departament w celu zrealizowania wyznaczonych celów.

System zabezpieczenia społecznego obejmuje wszystkie osoby wykonujące pracę zarobkową na Cyprze jako pracownicy najemni lub osoby prowadzące działalność na własny rachunek, osoby powołane do odbycia służby wojskowej oraz wszystkie inne osoby uznane za dobrowolnie ubezpieczonych.

Za każdy okres niezdolności do pracy lub bezrobocia wynagrodzenie jest kredytowane na podstawie wynagrodzenia takiej osoby podlegającego obowiązkowi składkowemu. Wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu jest również kredytowane za każdy okres od daty śmierci/wystąpienia niezdolności do pracy do osiągnięcia wieku emerytalnego w celu zwiększenia stawki renty wdowiej lub inwalidzkiej. Ponadto wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu jest kredytowane za okresy pobierania nauki.

Okresy wychowywania dziecka wynoszące maksymalnie 156 tygodni są uwzględniane do celów wypłaty świadczeń kobietom na każde dziecko, które nie ukończyło 12 lat.

Ubezpieczenia społeczne obejmują świadczenia z tytułu choroby, macierzyństwa, bezrobocia, inwalidztwa, starości, śmierci i świadczenia dla osób pozostających przy życiu, jak również świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.



Od 2003 r. specjalne świadczenie jest przyznawane wszystkim emerytom/rencistom, aby zwiększyć wysokość ich emerytur/rent. Od dnia 1 grudnia 2009 r. nie ma żadnych nowych beneficjentów, ponieważ w całości wdrażany jest „program wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach”, przygotowany przez biuro świadczeń.

Ponadto renta socjalna jest przyznawana osobom zamieszkującym na Cyprze, które ukończyły 65 lat, pod warunkiem że spełniają one określone warunki dotyczące zamieszkania oraz nie są uprawnione do renty z jakiegokolwiek źródła, jeżeli wysokość takiej renty przekracza wysokość renty socjalnej. Jeżeli pobierana renta lub podobne świadczenia są niższe od kwoty renty socjalnej, osoba może otrzymać różnicę pomiędzy tymi dwoma świadczeniami.

Ochrona przed zagrożeniami społecznymi jest sprawowana przy pomocy biur lokalnych, które są głównie odpowiedzialne za przyjmowanie wniosków, pobieranie składek oraz inspekcje. Główne biuro służb zabezpieczenia społecznego koordynuje działania różnych biur lokalnych. Zakres jego obowiązków dotyczy głównie realizowania polityki społecznej, jak również podejmowania decyzji oraz wypłacania świadczeń i rent/emerytur.

**Biuro świadczeń społecznych** jest również organem rządowym podlegającym kontroli i nadzorowi ministerstwa pracy i zabezpieczenia społecznego, który zapewnia i promuje usługi zabezpieczenia społecznego. Biuro świadczeń społecznych zajmuje się zagrożeniami społecznymi i zwiększaniem spójności społecznej w ramach prowadzonej przez państwo polityki rozwoju społeczno-ekonomicznego. Biuro skupia się na poszczególnych osobach, rodzinach, grupach społecznych i wspólnotach.

Istniejący od stycznia 2009 r. **Departament włączenia społecznego osób niepełnosprawnych** został utworzony na mocy ustawy o budżecie państwa w celu poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Departament podlega kontroli i nadzorowi ministerstwa pracy i zabezpieczenia społecznego. Do jego obowiązków należy tworzenie, koordynowanie, wdrażanie, monitorowanie i kontrola polityki w zakresie ochrony socjalnej i włączenia społecznego dla osób niepełnosprawnych. W tym celu departament współpracuje z innymi ministerstwami współodpowiedzialnymi za kwestie niepełnosprawności, jak również z organizacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych oraz innymi partnerami społecznymi.

**Biuro ds. zasiłków i świadczeń** jest organem rządowym, podlegającym kontroli i nadzorowi ministerstwa finansów. W 2003 r. Biuro zostało przeorganizowane i rozszerzone w celu połączenia różnych powiązanych ze sobą programów społecznych oraz wdrożenia nowych przepisów dotyczących zasiłku na dzieci i świadczenia z tytułu macierzyństwa. Biuro odpowiada również za stosowanie nowego programu, tj. „programu wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach”. Jest to program świadczeń pieniężnych przeznaczony dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów, których całkowity roczny dochód nie przekracza progu ubóstwa. Głównym zadaniem tego Biura jest zapewnienie właściwej i szybkiej pomocy wszystkim obywatelom.

**Ministerstwo zdrowia** jest głównie odpowiedzialne za organizację systemu opieki zdrowotnej na Cyprze i zapewnianie usług z zakresu opieki zdrowotnej finansowanych przez państwo. Najważniejszym celem tej instytucji jest promocja i ochrona zdrowia ludzi. Ministerstwo zdrowia tworzy krajową politykę zdrowotną, koordynuje działania zarówno sektora prywatnego jak i publicznego, reguluje standardy opieki zdrowotnej oraz promuje wprowadzanie w życie stosownych przepisów. W kwietniu 2001 r. wprowadzono w życie nową ustawę w sprawie wprowadzenia krajowego systemu zdrowia (*National Health*





System, NHS), który będzie zapewniał opiekę zdrowotną wszystkim obywatelom oraz będzie finansowany ze składek z budżetu państwa, pracodawców, pracowników, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz emerytów/rencistów. To nowe rozwiązanie nie zostało jeszcze wprowadzone.

## Finansowanie

System zabezpieczenia społecznego finansowany jest ze składek wpłacanych przez pracodawców, ubezpieczonych oraz państwo.

Od dnia 1 kwietnia 2009 r. składka dla pracowników najemnych wynosi 17,9% ich wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu i jest dzielona między pracodawcę, pracownika i państwo w stosunku odpowiednio 6,8%, 6,8% i 4,3%. „Wynagrodzenie podlegające ubezpieczeniu” stanowi wynagrodzenie, na podstawie którego obliczane są składki i świadczenia, a obejmuje całe wynagrodzenie związane z zatrudnieniem, za wyjątkiem wypłat nagród i okazjonalnych premii, włączając w to natomiast składki opłacane z tytułu tej osoby do centralnego funduszu płatnych urlopów (Central Holiday Fund). Dla celów składkowych ustawodawstwo określa pułap „wynagrodzenia podlegającego ubezpieczeniu”, korygowany każdego roku. Na 2011 r. pułap ten ustalono na 1 002 EUR tygodniowo lub 4 342 EUR miesięcznie. Od kwot przekraczających pułap „wynagrodzenia podlegającego ubezpieczeniu” nie są płacone żadne składki.

W przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek składki wynoszą 16,9% dochodu podlegającego obowiązkowi składkowemu danej osoby. Z tej całkowitej kwoty 12,6% wpłaca osoba prowadząca działalność na własny rachunek, zaś 4,3% wpłaca państwo. „Wynagrodzenie podlegające ubezpieczeniu” osób prowadzących działalność na własny rachunek jest ustalone rozporządzeniami w zależności od kategorii zawodowej. Obowiązkowy minimalny dochód podlegający obowiązkowi składkowemu ustalony jest dla każdej kategorii osób prowadzących działalność na własny rachunek, ale osoby te mają prawo do zgłoszenia wyższego wynagrodzenia do wysokości maksymalnej kwoty wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu. Jeżeli osoba prowadząca działalność na własny rachunek dowiedzie, że jej dochód jest w rzeczywistości niższy od minimalnego dochodu podlegającego obowiązkowi składkowemu dla danej kategorii zawodowej, ma prawo do opłacania składek obliczonych na podstawie takiego dochodu.

W przypadku osób ubezpieczających się dobrowolnie składki wynoszą 14,8% wysokości wynagrodzenia podstawowego podlegającego obowiązkowi składkowemu lub wysokości wynagrodzenia uzyskiwanego w poprzednich latach. Z tej całkowitej kwoty 11% wpłaca dobrowolnie ubezpieczony, zaś 3,8% wpłaca państwo. Osoby dobrowolnie ubezpieczone pracujące za granicą na rzecz cypryjskiego pracodawcy odprowadzają składki w wysokości 13,6% wynagrodzenia zdefiniowanego w umowie o pracę do wysokości maksymalnej kwoty wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu. Dodatkową składkę w wysokości 4,3% wpłaca państwo.

Obowiązek składkowy powstaje, gdy pracownik najemny otrzymuje od pracodawcy wynagrodzenie w wysokości co najmniej 2 EUR tygodniowo lub nie mniej niż 7 EUR miesięcznie. Jeśli chodzi o niewynagradzanych praktykantów oraz pracujących więźniów, składki są obowiązkowe, a powyższej reguły się nie stosuje.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek wpłacają składki za każdy tydzień, w ciągu którego wykonują tę działalność.



Każda osoba wykonująca równocześnie lub w sposób następujący po sobie pracę najemną oraz działalność na własny rachunek w czasie tego samego tygodnia składkowego, musi opłacić składki z tytułu obydwu działalności. Na koniec każdego roku składkowego składki wpłacone przez ubezpieczonego z tytułu działalności prowadzonej na własny rachunek powyżej pułapu wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu są zwracane.

Jeżeli osoba pracuje na rzecz kilku pracodawców w tym samym okresie składkowym (tydzień lub miesiąc), pracodawcy muszą odprowadzić składki od wynagrodzenia pracownika do wysokości pułapu wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu. Na koniec każdego roku składkowego składki osobiste odprowadzone przez pracownika najemnego od wynagrodzenia powyżej pułapu są zwracane. Składki wpłacone przez pracodawców nie są zwracane.

Każda osoba, która ma prawo do dobrowolnego opłacania składek w tym samym czasie, w którym podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu (osoby wykonujące pracę najemną i prowadzące działalność na własny rachunek), może dobrowolnie opłacać składki, jeśli jej wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu jest niższe od wynagrodzenia, co do którego zgłosiła zamiar dobrowolnego opłacania składek.

Pracodawcy wpłacają miesięcznie składki (razem z częścią przypadającą na pracownika) za miesiąc, który upłynął w terminie jednego miesiąca licząc od końca miesiąca, którego dotyczy składka. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek opłacają swoje składki kwartalnie z dołu w terminie jednego miesiąca i dziesięciu dni od zakończenia każdego kwartału. Osoby, które wolą płacić co miesiąc, mogą w ten sposób dokonywać płatności.

Osoby dobrowolnie ubezpieczone opłacają swoje składki z dołu w systemie miesięcznym, kwartalnym lub rocznym. Jeżeli osoba dobrowolnie ubezpieczona nie wpłaci składki rocznej (na przykład za rok 2009) w ciągu 12 kolejnych miesięcy (tj. w 2010 r.), traci prawo do wpłacania dobrowolnych składek za rok, za który składki te są wymagalne (czyli za rok 2009 r.).

W przypadku zwłoki w płatności składki przez pracodawcę lub osobę prowadzącą działalność na własny rachunek automatycznie doliczana jest dodatkowa, stała opłata, która stanowi pewien odsetek od należnych składek i progresywnie wzrasta w zależności od okresu zwłoki. Za pierwszy miesiąc zwłoki pobierana jest opłata w wysokości 3%, która wzrasta o 3% za każdy kolejny miesiąc, aż do maksymalnie 27%.

Obowiązek składkowy ustaje, kiedy ubezpieczony osiąga wiek emerytalny (65 lat). Jeżeli jednak ubezpieczony osiągnie ten wiek, ale nie spełnia warunków ubezpieczenia uprawniających go do emerytury, musi nadal opłacać składki aż do spełnienia tych warunków. Jednakże po ukończeniu 68 lat, opłacanie składek jest niemożliwe.

Zrównania są przyznawane ubezpieczonym za następujące okresy:

- każdy okres nauki w trybie dziennym lub zatwierdzonego szkolenia po ukończeniu 16. roku życia;
- okres poprzedzający dzień, w którym osoba została ubezpieczona po raz pierwszy, aż do pierwszego dnia poprzedniego roku składkowego;
- każdy okres bezrobocia, w czasie którego wypłacane jest świadczenie z tytułu bezrobocia, a także każdy okres bezrobocia trwający maksymalnie 26 tygodni, w którym ubezpieczony nie jest uprawniony do świadczenia (tylko pracownicy najemni);



- każdy okres niezdolności do pracy z powodu choroby, wypadku, macierzyństwa lub inwalidztwa, za który wypłacane jest świadczenie. Dla pracowników najemnych, okres niezdolności do pracy bez prawa do świadczeń daje prawo do zrównania przez maksymalny okres 26 tygodni. Dla osób prowadzących działalność na własny rachunek taki okres daje również prawo do zrównania, jeśli poprzedza go okres, w którym świadczenia były wymagalne;
- każdy okres urlopu rodzicielskiego.

Okresy wychowywania dziecka wynoszące maksymalnie 156 tygodni są uwzględniane do celów wypłaty emerytur kobietom uprawnionym do emerytury po 31 grudnia 1992 r. w ciągu pierwszych 12 lat życia dziecka.

W przypadku inwalidztwa lub zgonu ubezpieczonego w wieku poniżej 63 lat, okres między datą wystąpienia inwalidztwa lub zgonem, a ukończeniem 63 lat uważany jest za okres ubezpieczeniowy. Wynagrodzenie kredytowane za ten okres zasadniczo opiera się na średnim wynagrodzeniu podlegającym obowiązkowi składkowemu danej osoby w ramach ubezpieczenia uzupełniającego z ostatnich pięciu lat poprzedzających datę śmierci lub wystąpienia inwalidztwa. Jeśli osoba nie zgromadziła pięciu lat ubezpieczenia, średnia obliczana jest na podstawie liczby rzeczywistych lat ubezpieczenia.

Zrównania przyznawane za każdy okres bezrobocia, macierzyństwa, choroby, wypadku lub inwalidztwa mają wartość wynagrodzenia, na podstawie którego zostało obliczone wypłacone świadczenie. Pozostałe zrównania mają wartość podstawowego „wynagrodzenia podlegającego ubezpieczeniu”.

Podstawowe wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu ustalono na 2011 r. na poziomie 167,05 EUR tygodniowo lub 8 687 EUR rocznie. Wynagrodzenie podstawowe wyznacza granicę między dwoma elementami systemu, tj. między ubezpieczeniem podstawowym a ubezpieczeniem uzupełniającym.

Całkowite roczne „wynagrodzenie podlegające ubezpieczeniu” wszystkich ubezpieczonych podzielone jest na dwie grupy: ubezpieczenie podstawowe, które zawiera wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu do poziomu wynagrodzenia podstawowego, oraz ubezpieczenie uzupełniające, które zawiera wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu powyżej poziomu wynagrodzenia podstawowego.

Każdego roku „punkty ubezpieczeniowe” są kredytowane każdemu ubezpieczonemu. Jeden „punkt ubezpieczeniowy” jest równy rocznej wysokości „wynagrodzenia podstawowego”. Pierwszy punkt ubezpieczeniowy (do „1”) jest przypisywany do ubezpieczenia podstawowego, zaś każdy punkt ubezpieczeniowy powyżej „1” – do ubezpieczenia uzupełniającego.

Wysokość podstawowego „wynagrodzenia podlegającego ubezpieczeniu” jest korygowana co roku w zależności od zmian ogólnego poziomu „wynagrodzenia podlegającego ubezpieczeniu” na podstawie zarządzenia wydanego przez Radę Ministrów.

### **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?

Państwowa służba medyczna jest do dyspozycji każdej osoby, która decyduje się na leczenie w państwowej placówce medycznej i która na stałe zamieszkuje na Cyprze i posiada cypryjskie obywatelstwo. Warunki te nie mają zastosowania do beneficjentów opieki społecznej. Osoby uprawnione do bezpłatnej opieki zdrowotnej w państwowych placówkach medycznych dzielą się na dwie kategorie:

- osoby, których uprawnienie do opieki zdrowotnej jest uzależnione od oceny zasobów finansowych;
- osoby, których uprawnienie wynika z ich sytuacji zawodowej, społecznej lub innej, bez odniesienia do ich sytuacji finansowej (urzędnicy państwowi wyższego szczebla, urzędnicy służby cywilnej, członkowie rodzin z czworgiem lub więcej dzieci, osoby z enklawy, weterani, osoby na utrzymaniu osób zaginionych, beneficjenci opieki społecznej, osoby cierpiące na niektóre choroby przewlekłe itp.).

Osoby, których uprawnienie jest uzależnione od oceny zasobów finansowych, dzielą się na dwie kategorie:

- karta medyczna „A” (bezpłatna opieka medyczna) jest wydawana osobom samotnym, których roczny dochód nie przekracza 15 377,41 EUR oraz rodzinom, których dochód nie przekracza 30 754,82 EUR rocznie, plus dodatek w wysokości 1 708,60 EUR na każde dziecko pozostające na utrzymaniu;
- karta medyczna „B” (opieka medyczna po obniżonych stawkach) jest wydawana osobom samotnym, których roczny dochód wynosi od 15 377,42 EUR do 20 503,22 EUR oraz rodzinom, których roczny dochód wynosi od 30 754,83 EUR do 37 589,23 EUR, plus dodatek w wysokości 1 708,60 EUR na każde dziecko pozostające na utrzymaniu.

Aby ustalić prawo do opieki zdrowotnej w państwowej placówce medycznej, należy złożyć formularz wraz z załączoną deklaracją o dochodach oraz odpowiednie dokumenty (zaświadczenie o wynagrodzeniu podlegającym obowiązkowi składkowemu z departamentu zabezpieczenia społecznego, zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia wystawione przez pracodawcę, zaświadczenie podatkowe oraz wszystkie inne niezbędne dokumenty). Jedna karta medyczna wystawiana jest dla całej rodziny i powinna być używana przez wszystkich jej członków.

Osoby nienależące do powyższych kategorii mogą korzystać ze świadczeń państwowych placówek medycznych po wniesieniu stosownych opłat ustalanych okresowo.

### Co obejmuje ubezpieczenie?

Oferowane świadczenia zdrowotne obejmują:

- leczenie ambulatoryjne przez lekarzy ogólnych oraz leczenie specjalistyczne ambulatoryjne i szpitalne;
- konieczne leki i wyroby farmaceutyczne;
- diagnostykę i badania paramedyczne;
- hospitalizację;
- leczenie dentystyczne z wyjątkiem protez, które otrzymują tylko osoby o niskich dochodach.





Na mocy kontraktów z ministerstwem zdrowia możliwe jest również korzystanie w ograniczonym zakresie ze szpitali prywatnych. Pacjenci mają swobodę wyboru lekarza publicznej służby zdrowia. Nie są zobowiązani do zapisania się do jednego lekarza ogólnego. Warunkiem dostępu do opieki specjalistycznej jest otrzymanie skierowania od lekarza ogólnego. Pacjent kierowany jest do szpitala, w którym zatrudniony jest lekarz prowadzący.

### **W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?**

Opiekę zdrowotną zapewniają państwowa służba medyczna oraz prywatny sektor medyczny. Opieka medyczna świadczona jest bezpłatnie lub na podstawie obniżonych stawek dla pewnych kategorii ludności przez państwową służbę medyczną w sposób opisany poniżej. Pacjenci nie należący do tych kategorii ponoszą stosowne opłaty ustalane co pewien czas. Osoby korzystające z usług prywatnego sektora medycznego sami ponoszą wszelkie koszty. Pewne kategorie są opłacane z funduszy medycznych zarządzanych przez związki zawodowe lub pracodawców. Fundusze te opłacają całkowicie lub częściowo koszty opieki medycznej ponoszone przez ich członków.

Osoby uprawnione do opieki medycznej mogą ponosić dodatkowe koszty. Na przykład osoby takie uprawnione do opieki medycznej po obniżonych stawkach (karta medyczna „B”) płacą 6,50 EUR za wizytę u lekarza ogólnego i 8,50 EUR za wizytę u specjalisty plus 50% przewidzianych kosztów badań laboratoryjnych, prześwietleń i innych badań. Niemniej beneficjenci opieki społecznej oraz osoby w wieku powyżej 65 lat są zwolnieni z jakiegokolwiek dodatkowego udziału w kosztach. Pacjenci uprawnieni do bezpłatnej opieki medycznej nie uczestniczą w kosztach, ale muszą płacić 2,00 EUR za wizytę w ambulatorium.

Pracujący i emerytowani urzędnicy służby cywilnej, funkcjonariusze policji, pracownicy edukacyjni, osoby pozostające na utrzymaniu wymienionych osób, osoby pozostające na utrzymaniu personelu służb zbrojnych i pewnych innych grup uprawnionych do bezpłatnego leczenia płacą 6,83 EUR, 10,25 EUR i 20,50 EUR za dzień hospitalizacji w standardzie zakwaterowania odpowiednio klasy trzeciej, drugiej i pierwszej. Pacjenci hospitalizowani uprawnieni do opieki medycznej po obniżonych stawkach płacą 50% normalnych opłat. Pacjenci hospitalizowani nieuprawnieni do żadnych obniżek stawek płacą 71,76 EUR, 102,52 EUR i 123,02 EUR za dzień hospitalizacji w standardzie zakwaterowania odpowiednio klasy trzeciej, drugiej i pierwszej oraz 205,03 EUR za pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej.

### **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 znajdują na stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



## Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

### Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Zasiłek chorobowy wypłacany jest pracownikom najemnym oraz osobom prowadzącym działalność na własny rachunek w wieku od 16 do 63 lat niezdolnym do wykonywania pracy. Osoby niespełniające warunków ubezpieczenia uprawniających do emerytury w wieku 63 lat mają prawo do świadczenia do dnia uzyskania uprawnień, jednak nigdy po ukończeniu 65. roku życia.

Aby spełnić warunki ubezpieczenia, wnioskodawca musi:

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 26 tygodni i do dnia wystąpienia niezdolności do pracy opłacić składki na ubezpieczenie podstawowe w wysokości co najmniej 26-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,50 punktu ubezpieczeniowego); oraz
- mieć rzeczywiste lub kredytowane wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu za poprzedni rok składkowy w wysokości co najmniej 20-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,39 punktu ubezpieczeniowego).

Aby móc ponownie otrzymać świadczenie (po wygaśnięciu prawa), ubezpieczony musi odprowadzić składki od wynagrodzenia w wysokości co najmniej 26-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,50 punktu ubezpieczeniowego) po dacie wygaśnięcia prawa. Ponadto od daty wygaśnięcia prawa musi upłynąć okres 13 tygodni roboczych.

### Co obejmuje ubezpieczenie?

Stawka tygodniowa świadczenia jest równa 60% tygodniowej wartości punktu ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia podstawowego za odpowiedni rok składkowy i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% w przypadku odpowiednio jednej, dwóch lub trzech osób pozostających na utrzymaniu (maksymalnie trzy osoby pozostające na utrzymaniu) plus 50% tygodniowej wartości punktu ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia uzupełniającego za odpowiedni rok składkowy do wysokości tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu. Współmałżonek (mąż lub żona) jest uznawany za osobę pozostającą na utrzymaniu, jeżeli otrzymuje wynagrodzenie lub świadczenie w wysokości niższej niż dodatek na osobę pozostającą na utrzymaniu.

Zasiłek nie jest wypłacany, jeśli pracownik otrzymuje pełne wynagrodzenie. Jeśli wypłacane jest obniżone wynagrodzenie, całość zasiłku i częściowego wynagrodzenia nie może przekroczyć pełnego wynagrodzenia.

Okres, za jaki wypłacany jest zasiłek chorobowy nie może przekroczyć 156 dni za każdy okres przerwy w działalności zawodowej. Jeżeli niezdolność do pracy nie jest trwała, okres zostaje przedłużony do 312 dni w pewnych szczególnych okolicznościach.

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

Niezdolność do pracy z powodu choroby może zostać potwierdzona przez lekarza od pierwszego dnia choroby. W okresie choroby ubezpieczony może zostać poddany dalszym badaniom przez zatwierdzonego lekarza opieki społecznej lub przez radę medyczną. Formularz wniosku wraz z wymaganymi zaświadczeniami należy złożyć w ciągu



21 dni od wystąpienia choroby. Trzydniowy okres oczekiwania przewidziany jest dla pracowników najemnych, a dziewięciodniowy dla osób prowadzących działalność na własny rachunek. W razie wypadku lub hospitalizacji, osoby prowadzące działalność na własny rachunek traktowane są w taki sam sposób, jak pracownicy najemni.

### **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 można znaleźć 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?

Świadczenie z tytułu macierzyństwa wypłacane jest wszystkim kobietom zatrudnionym i prowadzącym działalność na własny rachunek przez okres 18 tygodni, rozpoczynający się między szóstym a drugim tygodniem poprzedzającym wyznaczony termin porodu. Świadczenie jest również wypłacane przez okres 16 tygodni kobietom adoptującym dzieci w wieku poniżej 12 lat.

Aby spełnić warunki ubezpieczenia, wnioskodawca musi:

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 26 tygodni i do dnia wystąpienia niezdolności do pracy opłacić składki na ubezpieczenie podstawowe w wysokości co najmniej 26-krotności tygodniowej kwoty podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,50 punktu ubezpieczeniowego); oraz
- mieć opłacone lub zrównoważone ubezpieczenie za odpowiedni rok składkowy w wysokości co najmniej 20-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,39 punktu ubezpieczeniowego).

Ponadto zasiłek macierzyński jest wypłacany po narodzinach każdego dziecka, jeżeli matka lub jej współmałżonek spełniają warunki ubezpieczenia.

### Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenie z tytułu macierzyństwa jest świadczeniem okresowym. Jest wypłacane matkom biologicznym przez okres 18 tygodni rozpoczynający się między szóstym a drugim tygodniem przed przewidywanym tygodniem porodu. Kobiety adoptujące dzieci otrzymują świadczenie przez 16 tygodni, począwszy od tygodnia, w którym nastąpiła adopcja, jeżeli dziecko jest w wieku poniżej 12 lat. Stawka tygodniowa świadczenia z tytułu macierzyństwa wynosi 75% tygodniowej wartości punktu ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia podstawowego za odpowiedni rok składkowy i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% w przypadku odpowiednio jednej, dwóch lub trzech osób pozostających na utrzymaniu (maksymalnie trzy osoby pozostające na utrzymaniu) plus 75% tygodniowej wartości punktu ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia uzupełniającego za odpowiedni rok składkowy. Świadczenie nie jest wypłacane, jeżeli zainteresowana otrzymuje pełne wynagrodzenie w okresie świadczenia z tytułu macierzyństwa. Jeśli otrzymuje wynagrodzenie zredukowane, całość tego wynagrodzenia oraz zasiłku nie może przekroczyć pełnego wynagrodzenia.

Zasiłek macierzyński jest świadczeniem jednorazowym, wypłacanym w takiej samej wysokości dla wszystkich kobiet, które są do niego uprawnione, i począwszy od dnia 9 lipca 2010 r. jego kwota na każde dziecko jest równa 6% rocznych podstawowych punktów ubezpieczeniowych (8 687 EUR \* 6% = 521,22 EUR). Warunki ubezpieczenia musi spełnić albo wnioskodawca, albo jego współmałżonek.

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

Formularz wniosku wraz z wymaganymi zaświadczeniami musi zostać złożony w ciągu roku od narodzin dziecka, aby uzyskać zasiłek macierzyński, oraz w ciągu 21 dni od pierwszego dnia przysługiwania świadczenia, aby uzyskać świadczenie z tytułu macierzyństwa.





## **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?

Renta inwalidzka wypłacana jest od co najmniej 156 dni osobom niezdolnym do pracy, które najprawdopodobniej pozostaną trwale niezdolne do pracy. Innymi słowy, osoby te nie są w stanie uzyskać wynagrodzenia z tytułu działalności zawodowej, jaką mogłyby w zasadzie wykonywać w normalnych okolicznościach, przekraczającego jedną trzecią kwoty, którą zasadniczo uzyskuje zdrowy pracownik w tym samym zawodzie lub kategorii zawodowej oraz o podobnym stopniu wykształcenia w tej samej dziedzinie, a w przypadku osób w wieku od 60 do 63 lat – ponad połowę wymienionej kwoty.

Wnioskodawca musi spełnić następujące warunki ubezpieczenia:

1. wnioskodawca musi być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 156 tygodni i do dnia wystąpienia inwalidztwa musi opłacić składki na ubezpieczenie podstawowe w wysokości co najmniej 156-krotności tygodniowej kwoty podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (3 punkty ubezpieczeniowe w przypadku ubezpieczenia podstawowego);
2. liczba punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego lub zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego za okres od dnia 5 października 1964 r. (lub, jeżeli wnioskodawca ukończył 16 lat po dniu 5 października 1964 r., pierwszego dnia roku, w którym wnioskodawca osiągnął ten wiek) – lub od dnia 7 stycznia 1957 r., jeżeli jest to korzystniejsze dla beneficjenta – do ostatniego tygodnia składkowego poprzedzającego wystąpienie inwalidztwa, jest równa co najmniej 25% kwoty za lata objęte tym okresem;
3. opłacone lub zrównoważone ubezpieczenie za rok poprzedzający rok wystąpienia niezdolności do pracy lub średnia takiego wynagrodzenia za poprzednie 2 lata wynosi co najmniej 20-krotność kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,39 punktu ubezpieczeniowego).

W przypadku inwalidztwa spowodowanego wypadkiem ubezpieczony ma prawo do renty inwalidzkiej, jeżeli spełnia warunki składkowe w odniesieniu do świadczenia z tytułu choroby.

Mimo że tylko składki pracowników najemnych i osób prowadzących działalność na własny rachunek są uwzględniane przy ustalaniu uprawnień, składki ubezpieczonych dobrowolnie są również brane pod uwagę przy obliczaniu wysokości renty. O rentę inwalidzką, zarówno z tytułu inwalidztwa całkowitego, jak i częściowego, można ubiegać się do ukończenia 63. roku życia (nie określono dolnej granicy wieku).

### Co obejmuje ubezpieczenie?

Renta inwalidzka składa się z dwóch elementów: renty podstawowej i renty uzupełniającej. Kiedy utrata zdolności do zarabkowania jest całkowita, przyznawana jest całkowita renta inwalidzka, obliczana w następujący sposób:

- podstawowa tygodniowa renta wynosi 60% tygodniowej wartości rocznej średniej punktów ubezpieczeniowych w przypadku ubezpieczenia podstawowego i zrównoważonego i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% w przypadku odpowiednio jednej, dwóch i trzech osób pozostających na utrzymaniu. W przypadku beneficjentki zamężnej nie przewiduje się żadnego zwiększenia na małżonka, chyba że nie jest zdolny do samodzielnego utrzymania. Jeżeli wnioskodawca nie jest uprawniony do zwiększenia



renty ze względu na małżonka, zwiększenie renty ze względu na dzieci i inne osoby pozostające na utrzymaniu jest równe 10% podstawowej renty na każdą z tych osób (maksymalnie dwie osoby pozostające na utrzymaniu);

- tygodniowa renta uzupełniająca stanowi 1/52 z 1,5% całkowitej wartości punktów ubezpieczeniowych w przypadku ubezpieczenia uzupełniającego za cały okres pracy zawodowej wnioskodawcy i jest powiększana o zrównoważone wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu w ramach ubezpieczenia uzupełniającego w okresie od dnia wystąpienia inwalidztwa do ukończenia 63. roku życia.

Jeżeli utrata zdolności do zarabkowania jest częściowa, renta inwalidzka jest obniżana jako odsetek pełnej renty o kwotę ustalaną w zależności od utraty zdolności do zarabkowania w następujący sposób:

- utrata zdolności o 60-66,66% – przysługuje 60% pełnej renty;
- utrata zdolności o 66,66-75% – przysługuje 75%;
- utrata zdolności o 76-99% – przysługuje 85%.

Podstawową część renty zwiększa się w celu odzwierciedlenia liczby osób pozostających na utrzymaniu. W systemie wprowadza się rentę minimalną, która wynosi:

- dla osoby samotnej: 85,20 EUR tygodniowo (85% x 60% x 167,05 EUR);
- dla osoby z jedną osobą pozostającą na utrzymaniu: 113,59 EUR tygodniowo (85% x 80% x 167,05 EUR);
- dla osoby z dwoma osobami pozostającymi na utrzymaniu: 127,79 EUR tygodniowo (85% x 90% x 167,05 EUR); oraz
- dla osoby z trzema osobami pozostającymi na utrzymaniu: 141,99 EUR tygodniowo (85% x 100% x 167,05 EUR).

W przypadkach inwalidztwa częściowego odnośne kwoty mnoży się również przez stopień inwalidztwa. Nie istnieje ustawowa renta maksymalna. Beneficjenci otrzymują również bezpłatne leczenie w państwowych szpitalach i instytucjach.

### **W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?**

O świadczenie z tytułu inwalidztwa należy wystąpić w ciągu trzech miesięcy od wystąpienia inwalidztwa.

### **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 uprawnień 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

\* 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.



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>.



## Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

### Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

#### Emerytury

Wiek emerytalny ustalono na 65 lat. W pewnych szczególnych warunkach osoba może być uprawniona do emerytury po ukończeniu 63 roku życia. Dla górników wiek emerytalny wynosi 63 lata. Górnicy, którzy pracowali co najmniej pięć lat w kopalni, mają prawo do emerytury o jeden miesiąc wcześniej niż normalny wiek emerytalny za każdy pięciomiesięczny okres pracy w kopalni, pod warunkiem że przestali wykonywać tę pracę; nie mogą jednak otrzymać emerytury przed ukończeniem 58. roku życia. W pozostałych przypadkach prawodawstwo nie przewiduje wcześniejszych emerytur.

Aby spełnić warunki ubezpieczenia, wnioskodawca musi:

#### **w okresie od 6 października 1980 r. do 3 stycznia 2010 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 156 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia wieku emerytalnego w wysokości co najmniej 156-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (3 punkty ubezpieczeniowe);
- liczba punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego lub zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego za okres od dnia 5 października 1964 r. (lub, jeżeli wnioskodawca ukończył 16 lat po dniu 5 października 1964 r., pierwszego dnia roku, w którym wnioskodawca osiągnął ten wiek) – lub od dnia 7 stycznia 1957 r., jeżeli jest to korzystniejsze dla beneficjenta – do ostatniego tygodnia poprzedzającego tydzień, w którym przypadł dzień uzyskania uprawnienia do świadczenia, jest równa co najmniej 25% kwoty za lata objęte tym okresem;

#### **w okresie od 4 stycznia 2010 r. do 2 stycznia 2011 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 260 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia wieku emerytalnego w wysokości co najmniej 260-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (5 punktów ubezpieczeniowych);
- liczba punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego lub zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego za okres od dnia 5 października 1964 r. (lub, jeżeli wnioskodawca ukończył 16 lat po dniu 5 października 1964 r., pierwszego dnia roku, w którym wnioskodawca osiągnął ten wiek) – lub od dnia 7 stycznia 1957 r., jeżeli jest to korzystniejsze dla beneficjenta – do ostatniego tygodnia poprzedzającego tydzień, w którym przypadł dzień uzyskania uprawnienia do świadczenia, jest równa co najmniej 30% kwoty za lata objęte tym okresem;

#### **w okresie od 3 stycznia 2011 r. do 1 stycznia 2012 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 364 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia wieku emerytalnego w wysokości co najmniej 364-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (7 punktów ubezpieczeniowych);
- liczba punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego lub zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego za okres od dnia 5 października 1964 r. (lub, jeżeli wnioskodawca ukończył 16 lat po dniu 5 października 1964 r., pierwszego dnia roku, w którym wnioskodawca osiągnął ten wiek) – lub od dnia 7 stycznia 1957 r., jeżeli jest to





korzystniejsze dla beneficjenta – do ostatniego tygodnia poprzedzającego tydzień, w którym przypadł dzień uzyskania uprawnienia do świadczenia, jest równa co najmniej 30% kwoty za lata objęte tym okresem;

#### **od 2 stycznia 2012 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 520 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia wieku emerytalnego w wysokości co najmniej 520-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (10 punktów ubezpieczeniowych);
- liczba punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego lub zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego za okres od dnia 5 października 1964 r. (lub, jeżeli wnioskodawca ukończył 16 lat po dniu 5 października 1964 r., pierwszego dnia roku, w którym wnioskodawca osiągnął ten wiek) – lub od dnia 7 stycznia 1957 r., jeżeli jest to korzystniejsze dla beneficjenta – do ostatniego tygodnia poprzedzającego tydzień, w którym przypadł dzień uzyskania uprawnienia do świadczenia, jest równa co najmniej 30% kwoty za lata objęte tym okresem.

Aby nabyć uprawnienie do świadczeń w wieku 63 lat, wnioskodawca musi:

- mieć ukończone 63 lata, spełniać odpowiednie warunki ubezpieczenia, przy czym liczba punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego lub zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego za okres od dnia 5 października 1964 r. (lub, jeżeli wnioskodawca ukończył 16 lat po dniu 5 października 1964 r., pierwszego dnia roku, w którym wnioskodawca osiągnął ten wiek) – lub od dnia 7 stycznia 1957 r., jeżeli jest to korzystniejsze dla beneficjenta – do ostatniego tygodnia poprzedzającego tydzień, w którym przypadł dzień uzyskania uprawnienia do świadczenia, musi być równa co najmniej 70% kwoty za lata objęte tym okresem; lub
- być uprawniony do otrzymania renty inwalidzkiej bezpośrednio przed ukończeniem 63 roku życia lub
- być w wieku 63-65 lat i mieć prawo do renty inwalidzkiej, jeżeli nie ukończył 63 roku życia.

#### **Jednorazowe świadczenie z tytułu starości**

Osoba, której średnie wypłacone i zrównoważone wynagrodzenie podlegające obowiązkowi składkowemu, opisane powyżej, nie wynosi co najmniej 25/30%, jest uprawniona po ukończeniu 68 lat do świadczenia jednorazowego równego 15% całkowitej kwoty jej wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (wypłaconego i zrównoważonego). Kwota ta nie jest wypłacana, jeśli osoba ta ma prawo do renty socjalnej.

Aby spełnić warunki ubezpieczenia, wnioskodawca musi:

#### **w okresie od 6 października 1980 r. do 3 stycznia 2010 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 156 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia 68. roku życia w wysokości co najmniej 156-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (3 punkty ubezpieczeniowe);

#### **w okresie od 4 stycznia 2010 r. do 2 stycznia 2011 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 208 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia 68. roku życia w wysokości co najmniej 208-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (4 punkty ubezpieczeniowe);

#### **w okresie od 3 stycznia 2011 r. do 1 stycznia 2012 r.:**



- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 260 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia 68. roku życia w wysokości co najmniej 260-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (5 punktów ubezpieczeniowych);

#### **od 2 stycznia 2012 r.:**

- być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 312 tygodni;
- opłacać ubezpieczenie podstawowe do ukończenia 68. roku życia w wysokości co najmniej 312-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (6 punktów ubezpieczeniowych).

#### **Pozostałe świadczenia**

Specjalne świadczenie jest przyznawane wszystkim emerytom/rencistom, aby zwiększyć wysokość ich emerytur/rent. Od dnia 1 grudnia 2009 r. nie ma żadnych nowych beneficjentów, ponieważ w całości wdrażany jest „program wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach”, przygotowany przez Biuro Świadczeń.

Ponadto renta socjalna jest przyznawana osobom zamieszkującym na Cyprze, które ukończyły 65 lat, pod warunkiem że spełniają one określone warunki dotyczące zamieszkania oraz nie są uprawnione do renty z jakiegokolwiek źródła, jeżeli wysokość takiej renty przekracza wysokość renty socjalnej. Jeżeli pobierana renta lub podobne świadczenia są niższe od kwoty renty socjalnej, osoba może otrzymać różnicę pomiędzy tymi dwoma świadczeniami.

#### **Co obejmuje ubezpieczenie?**

Emerytura, podobnie jak renta inwalidzka, składa się z dwóch elementów: emerytury podstawowej i emerytury uzupełniającej. Podstawowa stawka tygodniowa wynosi 60% tygodniowej wartości rocznej średniej punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego i zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% w przypadku odpowiednio jednej, dwóch i trzech osób pozostających na utrzymaniu. W przypadku beneficjentki zamężnej, nie przewiduje się żadnego zwiększenia na małżonka, chyba że nie jest zdolny do samodzielnego utrzymania. Jeżeli wnioskodawca nie jest uprawniony do zwiększenia renty ze względu na współmałżonka, zwiększenie renty ze względu na dzieci i inne osoby pozostające na utrzymaniu jest równe 10% podstawowej renty na każdą z tych osób (maksymalnie dwie osoby pozostające na utrzymaniu).

Tygodniowa renta uzupełniająca stanowi 1/52 z 1,5% całkowitej wartości punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego i zrównoważonego ubezpieczenia uzupełniającego za cały okres pracy zawodowej wnioskodawcy.

Każdy emeryt, który opłacał składki od wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu w okresie od daty nabycia prawa do emerytury do ukończenia 65 lat, jest uprawniony do tygodniowego zwiększenia kwoty emerytury w wysokości 1/52 z 1,5% wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu.

Każda osoba uprawniona do emerytury może ubiegać się o odroczenie terminu wypłaty świadczenia do momentu ukończenia 68. roku życia.

W takim przypadku wysokość emerytury zwiększa się o 0,5% za każdy miesiąc przepracowany w okresie między miesiącem odroczenia terminu wypłaty a miesiącem, w



którym rozpocznie się wypłacanie emerytury. (Podobne zwiększenie stosowane jest w przypadku renty wdowiej).

Minimalna emerytura wynosi 85% pełnej emerytury podstawowej i wynosi:

- dla osoby samotnej: 85,20 EUR tygodniowo (85% x 60% x 167,05 EUR);
- dla osoby z jedną osobą pozostającą na utrzymaniu: 113,59 EUR tygodniowo (85 x 80% x 167,05 EUR);
- dla osoby z dwoma osobami pozostającymi na utrzymaniu: 127,79 EUR tygodniowo (85 x 90% x 167,05 EUR); oraz
- dla osoby z trzema osobami pozostającymi na utrzymaniu: 141,99 EUR tygodniowo (85 x 100% x 167,05 EUR).

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

Formularz wniosku wraz z wymaganymi oryginalnymi zaświadczeniami należy złożyć w ciągu trzech miesięcy od przejścia na emeryturę.

### **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 wdowia

Renta wdowia wypłacana jest wdowie oraz, pod pewnymi warunkami, wdowcowi po osobie, która w chwili śmierci spełniała odpowiednie warunki ubezpieczenia.

Warunki ubezpieczenia uprawniające do otrzymania renty wdowiej są następujące:

- dla wnioskodawców, których współmałżonek zmarł po osiągnięciu wieku emerytalnego, warunki są takie same, jak w [przypadku emerytury](#);
- dla wnioskodawców, których współmałżonek zmarł przed osiągnięciem wieku emerytalnego, warunki są takie same jak pierwszy (1) i drugi (2) warunek w przypadku [renty inwalidzkiej](#);
- w przypadku wnioskodawców, których współmałżonek zmarł w wyniku wypadku, wdowa jest uprawniona do renty, jeżeli warunki ubezpieczenia wymagane do uzyskania zasiłku pogrzebowego są spełnione.

#### Renta sieroca

Renta sieroca wypłacana jest osobie małoletniej:

1. której obydwój rodzice zmarli lub której rodzice byli w separacji, a zmarło to z rodziców, które sprawowało opiekę nad dzieckiem. Jedno z rodziców musiało być ubezpieczone;
2. której jedno z rodziców zmarło, a pozostałe przy życiu drugie z rodziców nie ma prawa do renty wdowiej;
3. której jedno z rodziców, będące wdowcem/wdową i otrzymujące rentę wdowią, zawarło ponowny związek małżeński.

W ostatnich dwóch przypadkach zmarły rodzic musiał spełniać warunki składkowe uprawniające do otrzymania renty wdowiej.

#### Świadczenie z tytułu śmierci

Zob. rozdział VIII.

### Co obejmuje ubezpieczenie?

#### Renta wdowia

Tak jak w przypadku emerytury, renta wdowia składa się z renty podstawowej i renty uzupełniającej.

Podstawowa tygodniowa renta wynosi 60% tygodniowej wartości rocznej średniej punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego i zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% w przypadku odpowiednio jednej, dwóch i trzech osób pozostających na utrzymaniu. Renta uzupełniająca w przypadku wdowy, której małżonek nie otrzymywał emerytury, wynosi 60% uzupełniającej renty inwalidzkiej, do której zmarły miałby prawo w chwili śmierci, gdyby tego dnia był uznany



za inwalidę, zaś w przypadku wdowy, której małżonek otrzymywał emeryturę, stanowi 60% emerytury uzupełniającej wypłacanej zmarłemu.

Świadczenie jednorazowe jest wypłacane wdowie, jeżeli warunki ubezpieczenia nie są spełnione. W przypadku, gdy zmarły współmałżonek nie osiągnął wieku emerytalnego, świadczenie jednorazowe jest wypłacane, jeżeli zmarły opłacił ubezpieczenie podstawowe w wysokości 156-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (co najmniej trzy punkty ubezpieczeniowe). W przypadku, gdy zmarły współmałżonek otrzymywał emeryturę lub otrzymałby ją, gdyby złożył stosowny wniosek, warunek ubezpieczenia jest taki sam, jak w przypadku jednorazowego świadczenia z tytułu starości. Świadczenie to stanowi 15% całkowitej wartości punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego i zrównoważonego ubezpieczenia podstawowego oraz 9% wartości punktów ubezpieczeniowych w przypadku ubezpieczenia uzupełniającego. W razie ponownego zamążpójścia wdowa ma prawo do świadczenia jednorazowego równego rocznej rencie, bez żadnego zwiększenia na osoby pozostające na jej utrzymaniu.

Maksymalna stawka podstawowej renty wdowiej wynosi 100% ubezpieczenia podstawowego w przypadku wniosku, w którym wskazano trzy osoby pozostające na utrzymaniu. Nie istnieje ustawowa maksymalna renta uzupełniająca.

### **Renta sieroca**

W przypadku (1) powyżej renta sieroca składa się ze świadczenia podstawowego oraz świadczenia uzupełniającego:

- tygodniowa podstawowa renta sieroca stanowi 40% tygodniowej kwoty podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu na każdą z sierot;
- tygodniowa renta uzupełniająca stanowi 50% uzupełniającej renty wdowiej, jaka była lub byłaby wypłacana w przypadku jednej sieroty oraz 100% w przypadku dwóch lub więcej sierot.

W przypadkach (2) i (3) powyżej tygodniowa renta sieroca stanowi 20% tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu na każdą z sierot i jest wypłacana maksymalnie na trzy sieroty.

Renta sieroca wypłacana jest do wieku 15 lat lub do wieku 23 lat, jeśli chodzi o dziewczynę, która kontynuuje naukę w pełnym wymiarze godzin oraz do 25 lat, jeśli chodzi o chłopca, który kontynuuje naukę w pełnym wymiarze godzin lub odbywa służbę wojskową. Żaden limit wiekowy nie jest stosowany wobec sierot niezdolnych w sposób trwały do samodzielnego utrzymania. Świadczenie jednorazowe do wysokości rocznej renty wypłacane jest sierocie, która przed ukończeniem 17. roku życia utraciła prawo do świadczeń z powodu innego niż jej śmierć.

W przypadku sierot, które utraciły jedno z rodziców, renta podstawowa wynosi 33,41 EUR tygodniowo na każde dziecko (maksymalnie troje). W przypadku sierot, które straciły oboje rodziców, renta podstawowa stanowiąca 40% podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu wynosi 66,82 EUR tygodniowo na każdą sierotę. Renta uzupełniająca na więcej niż dwie sieroty nie może przekroczyć kwoty uzupełniającej renty wdowiej.

### **Zasiłek pogrzebowy**

Zasiłek pogrzebowy wypłacany jest z tytułu śmierci:



- każdej osoby otrzymującej emeryturę, rentę inwalidzką, rentę wdowią, świadczenie z tytułu śmierci lub zasiłek z tytułu zaginięcia osoby;
- każdej sieroty otrzymującej rentę sierocą;
- każdej osoby, której śmierć spowodowana była wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową;
- każdej osoby spełniającej określone warunki składowe w momencie śmierci. Warunki składowe są identyczne jak warunki obowiązujące dla zasiłku z tytułu zawarcia związku małżeńskiego;
- każdej osoby, która pozostaje na utrzymaniu osoby ubezpieczonej spełniającej warunki składowe lub emeryta/rencisty.

Zasiłek pogrzebowy jest świadczeniem jednorazowym w wysokości 8% rocznych punktów ubezpieczenia podstawowego (8 687 EUR \* 8% = 694,96 EUR). W przypadku zgonu osoby pozostającej na utrzymaniu rencisty świadczenie jednorazowe równe jest połowie tej kwoty (347,48 EUR).

### **W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?**

Formularz wniosku wraz z wymaganymi zaświadczeniami należy złożyć w ciągu trzech miesięcy, aby otrzymać rentę wdowią i sierocą, oraz w ciągu jednego roku, aby otrzymać zasiłek pogrzebowy.

### **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 w przypadku rent inwalidzkich i emerytur (zob. rozdziały V i VI). Mianowicie renty rodzinne i świadczenia z tytułu śmierci wypłacane są bez zniżek, zmian czy zawiesznień bez względu na to, czy współmałżonek pozostały przy życiu zamieszkuje w państwie Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii czy Szwajcarii\*.

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 VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

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

Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych są następujące:

#### Tymczasowa niezdolność do pracy (świadczenie wypadkowe)

Zasiłek z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacany każdemu pracownikowi najemnemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, przez maksymalny okres 12 miesięcy, licząc od daty wypadku lub wystąpienia choroby zawodowej.

#### Świadczenia z tytułu inwalidztwa (Disablement Benefit)

Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy jest wypłacane każdemu pracownikowi najemnemu, który wskutek wypadku przy pracy utracił sprawność fizyczną lub umysłową w stopniu nie mniejszym niż 10%, z wyjątkiem pylicy płuc, z tytułu której odszkodowanie przysługuje począwszy od 1%.

Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy przybiera formę świadczenia jednorazowego (zasiłek z tytułu niezdolności do pracy) lub renty, w zależności od stopnia niepełnosprawności. Zasiłek jest wypłacany w przypadku niezdolności do pracy na poziomie 10-19%, zaś renta w przypadku niezdolności do pracy powyżej 20% (świadczenie nie przysługuje w przypadku niezdolności do pracy poniżej 10%).

#### Świadczenie z tytułu śmierci

Świadczenia z tytułu zgonu wypłacane są osobom pozostałym przy życiu po zgonie pracownika najemnego na skutek wypadku przy pracy. Świadczenie obejmuje **rentę wdowią**, **rentę sierocą** oraz zasiłek rodzicielski.

#### Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość świadczenia z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy (świadczenie wypadkowe) jest taka sama, jak w przypadku świadczenia z tytułu choroby, z tym że świadczenie minimalne wypłacane osobom, których wynagrodzenie jest niższe od podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu, jest równe wysokości takiego wynagrodzenia.

Renta z tytułu niezdolności do pracy składa się z renty podstawowej i renty uzupełniającej i wynosi:

- podstawowa stawka tygodniowa w przypadku niezdolności do pracy na poziomie 100% wynosi 60% średniego tygodniowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% w przypadku odpowiednio jednej, dwóch i trzech osób pozostających na utrzymaniu;
- stawka tygodniowej renty uzupełniającej wynosi 60% tygodniowej wartości rocznej średniej punktów ubezpieczeniowych w przypadku opłaconego i zrównoważonego ubezpieczenia uzupełniającego za okres rozpoczynający się pierwszego dnia roku poprzedzającego roku odniesienia wypadku, a kończący się w dniu wypadku. Jeżeli niezdolność do pracy wynosi mniej niż 100%, renta z tytułu niezdolności do pracy jest proporcjonalna do stopnia niepełnosprawności. Jeżeli jednak inwalidztwo sprawia, że



dana osoba jest trwale niezdolna do pracy, wysokość renty zwiększa się odpowiednio do 75%, 85% i 100%, tak jak w przypadku renty inwalidzkiej.

Dodatek na stałą opiekę jest wypłacany beneficjentom renty z tytułu niepełnosprawności do pracy wymagającym stałej opieki i odpowiada 55% podstawowej stawki renty z tytułu niepełnosprawności do pracy w przypadku niepełnosprawności w stopniu 100%. Dodatek miesięczny w 2011 r. wynosi 220,51 EUR

Wysokość zasiłku z tytułu niezdolności do pracy jest równa 7-krotności renty z tytułu niepełnosprawności w stopniu 100% (bez dodatków na osoby pozostające na utrzymaniu) pomnożonej przez odsetek stopnia niepełnosprawności. Przykładowo w 2011 r. zasiłek z tytułu niezdolności do pracy na poziomie 10% wynosi: 400,92 EUR \* 13 (kwota roczna) \* 7 \* 10% = 3 648,34 EUR.

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

Formularz wniosku o zasiłek pogrzebowy wraz z wymaganymi zaświadczeniami należy złożyć w ciągu roku.

### **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.\*

Ileokroć 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.

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 IX: Świadczenia rodzinne

### Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?

Każda rodzina mieszkająca na stałe na Cyprze i posiadająca co najmniej jedno dziecko ma prawo do świadczenia podstawowego, pod warunkiem że jej członkowie mieszkają razem.

Rodziny, których niezamężne/nieżonate dzieci mieszkają w domu rodzinnym, mają prawo do zasiłku w następujących przypadkach:

- do ukończenia 18 lat;
- w wieku od 18 do 25 lat dla mężczyzn, jeżeli odbywają służbę w gwardii narodowej lub uczą się w trybie dziennym;
- w wieku od 18 do 23 lat dla kobiet, jeśli uczą się w trybie dziennym;
- niezależnie od wieku, jeżeli nie są w stanie utrzymać się ze względu na niepełnosprawność fizyczną lub intelektualną.

Świadczenie uzupełniające jest również przyznawane rodzinom na podstawie dochodów brutto.

### Co obejmuje ubezpieczenie?

W przypadku rodzin z jednym dzieckiem świadczenie podstawowe wynosi 421,29 EUR rocznie. Świadczenie uzupełniające w wysokości 105,33 EUR rocznie jest wypłacane rodzinom z rocznym dochodem nieprzekraczającym 19 500 EUR oraz w wysokości 52,67 EUR rocznie rodzinom z rocznym dochodem od 19 500 EUR do 39 000 EUR.

Rodziny z dwojgiem dzieci otrzymują świadczenie podstawowe w wysokości 842,61 EUR rocznie. Świadczenie uzupełniające w wysokości 421,29 EUR rocznie jest wypłacane rodzinom z rocznym dochodem nieprzekraczającym 19 500 EUR. Rodziny uzyskujące roczny dochód w wysokości od 19 500 EUR do 39 000 EUR mogą otrzymać dodatek w wysokości 315,97 EUR rocznie.

Rodziny z trojgiem dzieci otrzymują świadczenie podstawowe w wysokości 70,21 EUR na dziecko miesięcznie. Ponadto rodziny takie otrzymują świadczenie uzupełniające w wysokości 26,33 EUR na dziecko miesięcznie, jeżeli ich roczny dochód nie przekracza 19 500 EUR, oraz w wysokości 21,94 EUR na dziecko miesięcznie, jeżeli ich roczny dochód wynosi od 19 500 EUR do 39 000 EUR.

Rodziny z czworgiem i więcej dzieci otrzymują świadczenie podstawowe w wysokości 115,86 EUR na dziecko miesięcznie. Świadczenie uzupełniające w tym przypadku wynosi 39,00 EUR na dziecko miesięcznie dla rodzin z rocznym dochodem nieprzekraczającym 19 500 EUR oraz 24,14 EUR na dziecko miesięcznie dla rodzin z rocznym dochodem w wysokości od 19 500 EUR do 39 000 EUR.

### W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Aby otrzymać zasiłek rodzinny na dziecko, rodzina musi złożyć początkowy wniosek, ważny na każde dziecko w wieku poniżej 18 lat, w terminie do trzech miesięcy po narodzeniu dziecka lub po nabyciu praw. Studenci i żołnierze w wieku powyżej 18 lat muszą przedstawić odpowiednie dokumenty. Do uzyskania świadczenia uzupełniającego, rodzina musi składać wniosek co roku.



Zasiłek na dzieci jest wypłacany co miesiąc rodzinom z trojgiem lub więcej dzieci oraz jeden raz na koniec roku rodzinom z jednym lub dwojgiem dzieci. Wysokość świadczenia zależy od liczby dzieci w rodzinie.

### **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 znajdują się 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>.

\* 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 X: Bezrobocie

### Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Zasiłek dla bezrobotnych wypłacany jest pracownikom najemnym w wieku od 16 do 63 lat w przypadku bezrobocia wynikłego nie ze swojej winy. Osoby niespełniające warunków ubezpieczenia uprawniających do emerytury w wieku 63 lat mają prawo do pobierania świadczenia do osiągnięcia wieku emerytalnego, ale w żadnym przypadku nie po ukończeniu 65 lat. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek nie są uprawnione do świadczenia z tytułu bezrobocia.

Wnioskodawca musi spełnić następujące warunki ubezpieczenia:

- musi być objęty ubezpieczeniem przez co najmniej 26 tygodni i opłacać ubezpieczenie podstawowe w wysokości równej co najmniej 26-krotności tygodniowej kwoty podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,50 punktu ubezpieczeniowego); oraz
- musi mieć opłacone lub zrównoważone ubezpieczenie za odpowiedni rok składkowy w wysokości co najmniej 20-krotności kwoty tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu (0,39 punktu ubezpieczeniowego).

Aby móc ponownie otrzymać świadczenie (po wygaśnięciu prawa), dana osoba musi opłacać składki od wynagrodzenia w wysokości co najmniej 26-krotności tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego ubezpieczeniu (0,50 punktu ubezpieczeniowego) po wygaśnięciu prawa do świadczenia. Ponadto, od daty wygaśnięcia prawa do poprzedniego świadczenia musi upłynąć okres 26 tygodni roboczych.

Osoby w wieku powyżej 60 lat nieotrzymujące emerytury w ramach systemu zawodowego lub świadczenia ryczałtowego z kasy zapomogowej mogą ponownie otrzymać świadczenie z tytułu bezrobocia po wygaśnięciu przysługujących im praw na tych samych warunkach, co świadczenie z tytułu choroby (13 zamiast 26 tygodni roboczych po dacie wygaśnięcia prawa).

### Co obejmuje ubezpieczenie?

Okres w jakim zasiłek dla bezrobotnych jest wypłacany nie może przekroczyć 156 dni na każdy okres bezrobocia.

Tygodniowa stawka zasiłku dla bezrobotnych jest taka sama jak zasiłku chorobowego i oblicza się ją w taki sam sposób. Jest ona równa 60% tygodniowej wartości punktu ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia podstawowego za odpowiedni rok składkowy i jest zwiększana do 80%, 90% i 100% na odpowiednio jedną, dwie lub trzy osoby pozostające na utrzymaniu (maksymalnie do trzech osób pozostających na utrzymaniu) plus 50% tygodniowej wartości punktu ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia uzupełniającego za odpowiedni rok składkowy do wysokości tygodniowego podstawowego wynagrodzenia podlegającego obowiązkowi składkowemu. Współmałżonek (mężczyzna lub kobieta) jest uznawany za osobę pozostającą na utrzymaniu, jeżeli otrzymuje jakiekolwiek wynagrodzenie lub świadczenie niższe niż wysokość dodatku na osobę pozostającą na utrzymaniu. Jeżeli dwoje małżonków ma prawo do świadczenia za ten sam okres, dodatek na osoby pozostające na utrzymaniu



jest wypłacane tylko temu współmałżonkowi, który ma prawo do dodatku w wyższej kwocie.

### **W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?**

Aby ubiegać się o świadczenie, osoba musi być zarejestrowana jako poszukująca pracy w lokalnym rządowym biurze zatrudnienia, a następnie również w lokalnym biurze departamentu zabezpieczenia społecznego. Stosowany jest trzydniowy okres karencji, poza przypadkami osób pracujących za granicą na rzecz pracodawcy cypryjskiego, w takim wypadku bowiem, okres karencji wynosi 30 dni.

### **Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu bezrobocia**

Zazwyczaj 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 można znaleźć 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 publicznej i usługach

Celem tej ustawy jest zapewnienie akceptowalnego społecznie, minimalnego standardu życia osobom (i rodzinom) legalnie zamieszkującym w Republice Cypryjskiej, z zastrzeżeniem kryteriów kwalifikowalności. W szczególności każda osoba, której dochód i inne środki ekonomiczne są niewystarczające do zaspokojenia jej podstawowych i szczególnych potrzeb, jak określono w przepisach, może ubiegać się o pomoc publiczną, która może być świadczona w formie wsparcia pieniężnego lub usług.

Uprawnienie do świadczeń jest przyznawane na podstawie prawa podmiotowego; wnioskodawca ma zagwarantowane uprawnienie do świadczenia, jeżeli spełnia wszystkie warunki określone prawem.

Jest to system bezskładkowy, ponieważ nie jest obliczany na podstawie składek opłacanych przez pracodawców, pracowników lub ubezpieczonych.

#### Ustawa o rentach socjalnych

Celem tej ustawy jest zapewnienie minimalnego dochodu osobom zamieszkałym na Cyprze, które ukończyły 65 lat i nie mają prawa do emerytury ani innego podobnego dochodu z jakiegokolwiek źródła oraz które spełniają warunki zamieszkania przewidziane w ustawie. Warunki te są następujące:

- legalne zamieszkiwanie na Cyprze przez co najmniej 20 lat, począwszy od dnia, w którym wnioskodawca ukończył 40 lat; lub
- legalne zamieszkiwanie na Cyprze przez co najmniej 35 lat, począwszy od dnia, w którym wnioskodawca ukończył 18 lat.

W myśl zasady sumowania okresów właściwa instytucja musi uwzględnić okresy zamieszkania osiągnięte na mocy prawodawstwa innych państw członkowskich Unii Europejskiej. Renty socjalnej nie można eksportować.

#### Program wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach

Jest to program świadczeń pieniężnych przeznaczony dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów, których całkowity roczny dochód nie przekracza progu ubóstwa.

#### Zasiłek dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu

Zasiłek dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu wypłacany jest osobom w wieku powyżej 12 lat dotkniętym poważnym uszkodzeniem narządu ruchu, które poruszają się na wózku inwalidzkim, pod warunkiem że niepełnosprawność wystąpiła przed ukończeniem 65. roku życia.

#### Świadczenie specjalne dla osób niewidomych

Osoby niewidome zamieszkujące na stałe na Cyprze mogą otrzymywać świadczenie specjalne, pod warunkiem że ich ostrość widzenia w jednym i drugim oku z korekcją nie przekracza 6/60. Beneficjanci muszą na stałe mieszkać w Republice Cypryjskiej. Celem świadczenia jest pomoc beneficjentom w rozwiązaniu szczególnych potrzeb wynikających



z ich niepełnosprawności (na przykład zakup specjalnych pomocy, adaptacja ich domu, aby poprawić ich warunki życia).

## Co obejmuje ubezpieczenie?

### Ustawa o pomocy publicznej i usługach

Świadczenie w postaci pomocy publicznej ma charakter zróżnicowany, ponieważ jest uzależnione od dochodów wnioskodawcy. Wraz ze wzrostem dochodów wnioskodawcy kwota świadczenia zmniejsza się, tak aby zagwarantować, że beneficjent odpowiada wyznaczonym minimalnym standardom. Całkowita kwota wypłacana wnioskodawcy jest zróżnicowana w zależności od liczby osób pozostających na jego utrzymaniu, szczególnych potrzeb (tj. opieka, czynsz, specjalna dieta i szczególne potrzeby) oraz dochodów wnioskodawcy.

**Ustawa o rentach socjalnych** Celem ustawy o rentach socjalnych jest zapewnienie renty osobom w wieku 65 lat i powyżej, które nie są uprawnione do emerytury lub innego podobnego świadczenia z żadnego innego źródła. Jeżeli wnioskodawca jest uprawniony do emerytury z innego źródła, która jest niższa od renty socjalnej, ma prawo do otrzymania różnicy między takimi dwoma świadczeniami. Wysokość renty socjalnej jest taka sama dla wszystkich beneficjentów i wynosi 325,24 EUR miesięcznie. Renta jest wypłacana przez 13 miesięcy.

### Program wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach

Program zapewnia wyrównanie dochodu gospodarstwa domowego emerytów/rencistów do poziomu progu ubóstwa. Suma kwoty zasiłku przyznanego w ramach programu i całkowitego dochodu gospodarstwa domowego nie powinna przekraczać tego progu. Uwzględnia się dochód uzyskiwany przez wszystkich członków gospodarstwa domowego. Do członków gospodarstwa domowego zaliczają się małżonkowie, dzieci oraz wszelkie inne osoby mieszkające pod jednym dachem.

### Zasiłek dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu

Wysokość **zasiłku dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu** jest taka sama dla wszystkich beneficjentów i wynosi 319 EUR miesięcznie (w ramach departamentu włączenia społecznego osób niepełnosprawnych).

### Świadczenie specjalne dla osób niewidomych

**Świadczenie specjalne dla osób niewidomych** wynosi 3 588,24 EUR rocznie i jest wypłacane w 12 równych ratach miesięcznych.

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

### Ustawa o pomocy publicznej i usługach

Za ustawę o pomocy publicznej i usługach odpowiada biuro świadczeń społecznych. Osoba objęta tą ustawą może zwrócić się do lokalnego biura świadczeń społecznych o pomoc publiczną. Wniosek będzie rozpatrywany przez urzędnika biura świadczeń społecznych, który sprawdzi przede wszystkim, czy wniosek został prawidłowo wypełniony i czy wnioskodawca przedstawił wszystkie wymagane dokumenty. Jeżeli wniosek jest niekompletny, wnioskodawca zostanie o tym powiadomiony. Jeżeli wniosek jest prawidłowy, urzędnik złoży wizytę w domu wnioskodawcy i przeprowadzi analizę sytuacji społeczno-gospodarczej wnioskodawcy i jego rodziny, opisując potrzeby itp.



Jednocześnie urzędnik zbada sytuację finansową wnioskodawcy (za pośrednictwem instytucji kredytowych, krajowych agencji nieruchomości itp.), aby zweryfikować prawdziwość sytuacji gospodarczej wnioskodawcy. Jeżeli wnioskodawca znalazł się w takiej sytuacji z powodu bezrobocia i nie istnieją żadne inne okoliczności (takie jak problemy zdrowotne), wówczas musi udowodnić, że poszukuje pracy i że jest zarejestrowany w Urzędzie Pracy. Przed ostatecznym przyznaniem pomocy publicznej urzędnik sprawdzi również, czy wnioskodawca otrzymuje jakiegokolwiek inne świadczenia zabezpieczenia społecznego, które należy odliczyć od pomocy publicznej.

### **Ustawa o rentach socjalnych**

Za ustawę o rentach socjalnych odpowiada departament zabezpieczenia społecznego ministerstwa pracy i zabezpieczenia społecznego. Aby uzyskać rentę, należy wypełnić formularz i dołączyć do niego wymagane zaświadczenia. Jeżeli wniosek zostanie przyjęty, beneficjent otrzymuje formularz oświadczenia rocznego, za pomocą którego musi informować departament o wszelkich istotnych zmianach w jego sytuacji. Wniosek jest rozpatrywany przez lokalne i regionalne biura departamentu zabezpieczenia społecznego.

### **Program wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach**

Aby zakwalifikować się do programu wsparcia dla gospodarstw domowych emerytów/rencistów o niskich dochodach, osoba musi wypełnić wniosek i załączyć konieczne zaświadczenia. W przypadku gospodarstw domowych składających się z osób poniżej 70. roku życia, wniosek musi być składany co roku.

### **Zasiłek dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu**

Systemem wypłacania zasiłku dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu zarządza departament włączenia społecznego osób niepełnosprawnych podlegający ministerstwu pracy i zabezpieczenia społecznego.

### **Świadczenie specjalne dla osób niewidomych**

Biuro ds. zasiłków i świadczeń ministerstwa finansów odpowiada za przepisy dotyczące świadczenia specjalnego dla osób niewidomych.

### **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.<sup>1</sup> 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?

Wszystkie osoby legalnie zamieszkujące na Cyprze są uprawnione do opieki długoterminowej, jeżeli ich środki są niewystarczające do zaspokojenia ich szczególnych potrzeb w zakresie opieki. System opieki długoterminowej jest stosowany w zależności od potrzeb i nie jest obowiązkowy. Wyłącznie osoby uprawnione do opieki społecznej mogą mieć prawo do bezpłatnej opieki długoterminowej (tj. osoby starsze, osoby niepełnosprawne, rodziny dysfunkcyjne). Nie jest wymagany minimalny okres oczekiwania. Ocena potrzeby opieki opiera się na indywidualnych potrzebach wnioskodawcy i jest przeprowadzana we współpracy z pracownikiem opieki społecznej, który dokonuje oceny i przygotowuje indywidualny plan opieki (np. rodzaj opieki, częstotliwość) zgodnie z obowiązującym prawodawstwem.

Przy ocenie potrzeby pomocy uwzględnia się następujące elementy:

- stopień niepełnosprawności i funkcjonalność, tj. zdolność wnioskodawcy do zabezpieczenia własnych potrzeb (higiena osobista, sprzątnięcie mieszkania, gotowanie, wizyty u lekarza itp.);
- istnienie sieci rodzinnej lub jej brak;
- wybór wymaganej pomocy przez wykonawcę.

Częstotliwość ponownych ocen zależy od szczególnych potrzeb beneficjentów. Pracownik opieki społecznej właściwy do przeprowadzania ponownej oceny uwzględnia szczególną sytuację każdego beneficjenta, historię medyczną oraz częstotliwość wymaganych usług.

Pomoc z opieki społecznej nie jest przyznawana w następujących przypadkach:

- posiadanie aktywów lub oszczędności o wartości przekraczającej 3 417 EUR na osobę samotną i 1 709 EUR na każdą osobę pozostającą na utrzymaniu. Żaden z członków rodziny nie powinien posiadać żadnych aktywów ani oszczędności o łącznej wartości przekraczającej 8 543 EUR. Nie uwzględnia się domu będącego własnością wnioskodawcy, w którym wnioskodawca mieszka;
- jeżeli wnioskodawca przekazał aktywa innym osobom o wartości przekraczającej 17 086 EUR;
- jeżeli wnioskodawca posiada nieruchomość inną niż dom, w którym wnioskodawca mieszka;
- jeżeli dom wnioskodawcy może zostać wykorzystany w sposób, z którego można czerpać dodatkowy dochód.

Niektóre kategorie dochodów i aktywów są wyłączone.

### Co obejmuje ubezpieczenie?

Zarówno świadczenia rzeczowe jak i pieniężne są przyznawane z tytułu opieki długoterminowej. Wnioskodawca może wybrać taki rodzaj opieki (świadczenia pieniężne i/lub rzeczowe), jakiego potrzebuje. Częstotliwość opieki domowej lub opieki dziennej lub zapotrzebowanie na opiekę w całości w domu opieki zależy od potrzeb indywidualnych. Świadczenia w zakresie opieki obejmują: opiekę domową, opiekę dzienną, opiekę w całości w domu opieki oraz opiekę zdalną i mogą być zapewniane przez instytucje



państwowe, organizacje pozarządowe oraz sektor prywatny (prywatne przedsiębiorstwa nastawione na zysk).

Opiekę nieformalną sprawują głównie współmałżonkowie/partnerzy, inni członkowie gospodarstwa domowego oraz krewni i sąsiedzi. Prywatni opiekunowie sprawujący opiekę domową (w tym członkowie rodziny) mogą być wynagradzani (częściowo lub w całości) przez państwo. W przypadku nieformalnych opiekunów podpisywana jest umowa między biurem świadczeń społecznych, osobą potrzebującą opieki oraz opiekunem.

Inną kategorią jest „opiekun domowy”, którym może być każda osoba legalnie zamieszkująca na Cyprze. Większość takich opiekunów to obywatele państw trzecich. Opiekunowie domowi są zatrudnieni na podstawie umowy z osobą potrzebującą opieki domowej. Biuro świadczeń społecznych wypłaca wynagrodzenie i opłaca składki na ubezpieczenia społeczne, ale stronami umowy pozostają opiekun domowy i osoba potrzebująca opieki.

### **W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?**

Na Cyprze nie funkcjonuje oddzielny system opieki długoterminowej. Opieka długoterminowa jest organizowana na poziomie centralnym przez biuro świadczeń społecznych. Świadczenia są zapewniane w całym kraju za pomocą biur świadczeń społecznych w sześciu okręgach. Opieka długoterminowa jest świadczona na mocy przepisów dotyczących opieki społecznej i świadczeń, zaś u jej podstaw leży filozofia pomocy społecznej (uprawnienie w zależności od potrzeb). Opieka długoterminowa jest finansowana z budżetu państwa. Ponadto programy opieki długoterminowej są również wdrażane na szczeblu lokalnym przez organizacje pozarządowe.

### **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>

Departament zabezpieczenia społecznego  
(Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων)  
Siedziba główna  
Lord Byron Avenue 7  
1465 Nicosia  
<http://www.mlsi.gov.cy/sid>  
E-mail: [sfloridou@sid.mlsi.gov.cy](mailto:sfloridou@sid.mlsi.gov.cy)  
[apsara@sid.mlsi.gov.cy](mailto:apsara@sid.mlsi.gov.cy)

Departament zabezpieczenia społecznego  
Wydział ds. Unii Europejskiej i spraw międzynarodowych  
7 Lord Byron Avenue  
1465 Nicosia  
Cyprus  
Tel.: +357 22401809 or +357 22401670  
Faks: +357 22401664  
E-mail: [interrel@sid.mlsi.gov.cy](mailto:interrel@sid.mlsi.gov.cy)  
<http://www.mlsi.gov.cy/sid>

Biuro świadczeń społecznych  
(Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας)  
63 Prodromou  
1468 Nicosia  
<http://www.mlsi.gov.cy/sws>  
E-mail: [gantoniou@sws.mlsi.gov.cy](mailto:gantoniou@sws.mlsi.gov.cy)

Departament włączenia społecznego osób niepełnosprawnych  
(Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες)  
1430 Nicosia  
<http://www.mlsi.gov.cy/dsid>  
E-mail: [mfiti@dsid.mlsi.gov.cy](mailto:mfiti@dsid.mlsi.gov.cy)

Biuro ds. zasiłków i świadczeń  
(Υπηρεσία Χορηγιών και Επιδομάτων)  
1489 Nicosia  
<http://www.mof.gov.cy>  
E-mail: [grants@mof.gov.cy](mailto:grants@mof.gov.cy)

Ministerstwo zdrowia  
10 Markou Drakou  
1040 Nicosia  
<http://www.moh.gov.cy>





E-mail: [emakrigiorgi@moh.gov.cy](mailto:emakrigiorgi@moh.gov.cy)

Ministerstwo zdrowia  
Wydział Ruchu Pacjentów  
10 Markou Drakou Street,  
1448 Nicosia  
Cyprus  
Tel.: +357 2240 020-7, +357 2230 535-4, +357 2240 019-6  
Faks: +357 2230 534 -6  
E-mail: [tpieri@moh.gov.cy](mailto:tpieri@moh.gov.cy)  
[www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy)

Ministerstwo finansów  
Biuro ds. zasiłków i świadczeń  
1489 Nicosia  
Cyprus  
Tel.: +357 2280 400-0, +357 2280 405-0, +357 2280 405-4, +357 2280 402-0  
Faks: +357 2266 805 -6  
E-mail: [grants@mof.gov.cy](mailto:grants@mof.gov.cy)  
[www.mof.gov.cy](http://www.mof.gov.cy)



## Załącznik II: Specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne

Niektóre świadczenia zabezpieczenia społecznego, zwane „specjalnymi nieskładkowymi świadczeniami pieniężnymi”<sup>1</sup>, 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 na Cyprze.

Specjalne świadczenia nieskładkowe na Cyprze są następujące:

- renta socjalna (ustawa o rentach socjalnych z 1995 r. (Ustawa 25(I)/95), ze zmianami);
- zasiłek dla niepełnosprawnych z poważnym uszkodzeniem narządu ruchu (decyzje Rady Ministrów nr 38210 z dnia 16 października 1992 r., 41370 z dnia 1 sierpnia 1994 r., 46183 z dnia 11 czerwca 1997 r. i 53675 z dnia 16 maja 2001 r.);
- świadczenie specjalne dla osób niewidomych (ustawa o świadczeniach specjalnych z 1996 r. (ustawa 77(I)/96), ze zmianami).

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