

**ZMLUVA O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ MEDZI SPOJENÝMI ŠTÁTMI AMERICKÝMI A SLOVENSKOU  
REPUBLICOU**

U.S. -SLOVAK REPUBLIC AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY  
**FORMULÁR SPRIEVODNÉHO LISTU/ŽIADOSTI/OSVEDČENIA**  
TRANSMITTAL/REQUEST/CERTIFICATION FORM

<b>DÁTUM UPLATNENIA NÁROKU (Mesiac/Deň/Rok)</b> DATE OF ORIGINAL (Month/Day/Year)	<b>DÁTUM(-Y) NADVĀZUJÚCEJ(-ICH) SKUTOČNOSTI (-Í)</b> (Mesiac/ Deň/Rok) DATE(S) OF FOLLOWUP(S) (Month/Day/Year)	
( / / )	1. ( / / )	2. ( / / )
<b>KOMU/ TO:</b> <input type="checkbox"/> Správa sociálneho zabezpečenia Kancelária pre medzinárodnú činnosť P.O.Box 17769 Baltimore, MD 21235- 7769 USA/ Social Security Administration Office of International Operations P.O. Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 U.S.A  <input type="checkbox"/> FBU Varšava, Poľsko / FBU Warsaw Poland	<b>OD/ FROM:</b> <input type="checkbox"/> Sociálna poisťovňa, ústredie Ul. 29. augusta 8 a 10 813 63 Bratislava Slovenská republika Slovak Insurance Agency /SIA/	

**I. INFORMÁCIE O ŽIADOSTI/INFORMATION ABOUT THE CLAIM**

<b>A. Meno a priezvisko zamestnanca/ poistenca</b> Name of Worker/ Contributor	
<b>B. Rodné priezvisko</b> Name at Birth	
<b>C. Pohlavie/Sex</b>	<input type="checkbox"/> <b>Muž</b> / Male <input type="checkbox"/> <b>Žena</b> / Female
<b>D. Identifikačné číslo – číslo poistenia v Slovenskej Republike (rodné číslo)/</b> Slovak Republic Birth Number	_____
<b>E. Číslo sociálneho zabezpečenia v USA/</b> U.S. Social Security Number (SSN)	_____/_____/_____
<b>F. Meno a priezvisko žiadateľa/</b> Name of Claimant	
<b>G. Rodné priezvisko žiadateľa/</b> Claimant's Name at Birth	
<b>H. Číslo sociálneho zabezpečenia žiadateľa v USA</b> Claimant's U.S. SSN	_____/_____/_____
<b>I. Adresa a telefónne číslo žiadateľa/</b> Claimant's Address and Telephone Number	

J. Druh dávok, o ktoré žiadate/ Type of Benefits Claimed	USA / U.S.	Slovenská republika / Slovak Republic
Starobný dôchodok/ Retirement/Old Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidný dôchodok / Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pozostalostný dôchodok / Survivors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Dátum podania žiadosti/ Date Claim Filed	(Mesiac/Deň/ Rok)/ (Month/Day/Year)	

## II. POTVRDENIE ÚDAJOV / CERTIFICATION OF DATA

A. Dátum narodenia/ Date of Birth	Meno a priezvisko Name	Vzťah/ Relationship	Dátum (Mesiac/Deň/ Rok)/ Date (Month/Day/Year)	Overené/ Verified
Zamestnanec/ Poistenec Worker/Contributor				<input type="checkbox"/>
Manžel(-ka)-Vdovec (Vdova)/ Spouse/ Widow(er)				<input type="checkbox"/>
Dieťa/ Child				<input type="checkbox"/>
Dieťa/ Child				<input type="checkbox"/>
Dieťa/ Child				<input type="checkbox"/>
Rodič/ Parent				<input type="checkbox"/>
B. Dátum úmrtia zamestnanca/ poistenca Worker/Contributor's Date of Death				<input type="checkbox"/>
C. Dátum uzatvorenia manželstva/ Date of Marriage				<input type="checkbox"/>
D. Dátum rozvodu/ Date of Divorce				<input type="checkbox"/>
E. Krajina narodenia/ Country at Birth	Zamestnanec/ Worker			<input type="checkbox"/>
F. Štátna príslušnosť/ Citizenship	Zamestnanec/ Worker			<input type="checkbox"/>

## III. POSKYTNUTÉ INFORMÁCIE/ INFORMATION PROVIDED

A. Záznam o príjmoch Earnings Record	<input type="checkbox"/>
B. Žiadosť o dôchodok z dôchodkového poistenia Slovenskej republiky/Slovak Republic Application	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Zdravotná dokumentácia/ Medical Evidence	<input type="checkbox"/>

<b>D. Informácie vyžiadané dňa/</b> Information Requested On	<input type="checkbox"/>	<b>(Mesiac/Deň/Rok) / Month/Day /Year</b>
<b>E. Iné (uved'te)</b> Other (Specify)		
<b>IV. POTREBNÉ INFORMÁCIE/INFORMATION NEEDED</b>		
<b>ŽIADOSŤ PODĽA ZMLUVY</b> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> / <b>CLAIM UNDER THE AGREEMENT</b> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>A. Záznam o príjmoch</b> Earnings Record	<input type="checkbox"/>	
<b>B. Zdravotná dokumentácia</b> Medical Evidence	<input type="checkbox"/>	
<b>C. Stav žiadosti zo dňa</b> Status of Request Dated	<input type="checkbox"/>	<b>(Mesiac/Deň/Rok) (Month/Day/Year)</b>
<b>D. Iné (uved'te)</b> Other (Specify)	<input type="checkbox"/>	
<b>V. POZNÁMKY/REMARKS</b>		
<b>Podpis/</b> Signature	<b>Dátum/</b> Date	<b>Pečiatka/</b> Stamp