

Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

we Francji

Spółeczna 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 może być pociągana do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.



Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie.....	6
Wprowadzenie	6
Organizacja ochrony socjalnej.....	7
Finansowanie	7
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń zabezpieczenia społecznego	8
Rozdział II: Opieka zdrowotna	9
Kiedy masz prawo do opieki zdrowotnej?	9
Co obejmuje ubezpieczenie?	9
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?.....	10
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń opieki zdrowotnej... ..	11
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	12
Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	12
Co obejmuje ubezpieczenie?	12
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	12
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby	12
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa.....	14
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?	14
Co obejmuje ubezpieczenie?	14
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?	15
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa.....	15
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	16
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?	16
Co obejmuje ubezpieczenie?	16
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	16
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu inwalidztwa.....	16
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu starości	18
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu starości?	18
Co obejmuje ubezpieczenie?	18
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu starości?	19



Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu starości	19
Rozdział VII: Renty rodzinne	21
Kiedy masz prawo do renty rodzinnej?	21
Co obejmuje ubezpieczenie?	21
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	22
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do renty rodzinnej	22
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	23
Kiedy masz prawo do świadczeń?	23
Co obejmuje ubezpieczenie?	23
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	24
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	24
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	26
Kiedy masz prawo do świadczeń rodzinnych?	26
Co obejmuje ubezpieczenie?	26
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	26
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń rodzinnych	27
Rozdział X: Bezrobocie	28
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	28
Co obejmuje ubezpieczenie?	28
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	28
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu bezrobocia	28
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	30
Kiedy masz prawo do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	30
Co obejmuje ubezpieczenie?	31
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	31
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej	32
Rozdział XII: Opieka długoterminowa	33
Kiedy masz prawo do opieki długoterminowej?	33
Co obejmuje ubezpieczenie?	33



W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej? 34
Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do opieki długoterminowej 34

Załącznik I: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych 36

Załącznik II: Specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne 39



Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Francuski system zabezpieczenia społecznego składa się z pięciu głównych elementów:

- systemu powszechnego, obejmującego większość pracowników najemnych oraz inne kategorie osób (studentów, beneficjentów niektórych świadczeń, osoby zamieszkujące we Francji), które przystąpiły do niego wraz z biegiem lat;
- specjalnych systemów pracowniczych, przy czym niektóre z nich obejmują wszystkie rodzaje ubezpieczeń, a niektóre tylko ubezpieczenie emerytalne (w takich przypadkach obywatele są objęci pozostałymi rodzajami ubezpieczeń w ramach systemu powszechnego);
- systemu rolnego, obejmującego wszystkie rodzaje ubezpieczeń, ale podzielonego na dwie odrębne grupy: właścicieli gospodarstw i pracowników rolnych;
- systemów dla osób prowadzących działalność na własny rachunek poza sektorem rolniczym: trzy osobne systemy ubezpieczenia emerytalnego (rzemieślnicy, handlowcy i przemysłowcy, jak i wolne zawody) oraz jeden system ubezpieczenia zdrowotnego;
- systemów ubezpieczeń od utraty pracy i obowiązkowych uzupełniających systemów emerytalnych.

Powszechny system obejmuje cztery działy:

- dział świadczeń z tytułu choroby, macierzyństwa, inwalidztwa i śmierci;
- dział świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- dział świadczeń emerytalnych;
- dział świadczeń rodzinnych.

Oprócz powyższych systemów funkcjonują uzupełniające systemy zbiorowe, zarówno obowiązkowe, jak i dobrowolne. Systemy te mają zastosowanie do poszczególnych zawodów (przedsiębiorstw lub sektorów) i obejmują głównie ubezpieczenia emerytalne, zdrowotne i na wypadek inwalidztwa.

Można wykupić prywatne ubezpieczenie w celu uzupełnienia powyższych systemów.

W jaki sposób można przystąpić do systemu ubezpieczeń?

W przypadku pracownika najemnego pracodawca dopełnia niezbędnych formalności umożliwiających pracownikowi przystąpienie do systemu zabezpieczenia społecznego, systemu ubezpieczeń od utraty pracy oraz systemu emerytur uzupełniających. Osoba prowadząca działalność na własny rachunek musi sama złożyć deklarację przystąpienia do systemu ubezpieczeń.

Odwołania

W przypadku sporu z kasą ubezpieczeń (*caisse*) można zwrócić się do rady odwoławczej (*commission de recours amiable, CRA*) danej kasy ubezpieczeń. Dana osoba musi złożyć odwołanie w terminie dwóch miesięcy, poczynwszy od otrzymania zawiadomienia o decyzji będącej przedmiotem sporu. W przypadku, w którym rada odwoławcza odrzuci wniosek, w terminie dwóch miesięcy można wnieść sprawę do sądu do spraw zabezpieczenia społecznego (*tribunal des affaires de la sécurité sociale*). Jeżeli wniosek



nie zostanie złożony w powyższym terminie, decyzję wydaną przez radę odwoławczą kasy uznaje się za ostateczną.

Organizacja ochrony socjalnej

Wymienione powyżej systemy podlegają ministerstwom właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, rolnictwa, pracy i budżetu.

Krajowa kasa ubezpieczeń zdrowotnych dla pracowników najemnych (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS*) zarządza w odrębny sposób dwoma pierwszymi działami wymienionymi powyżej. Na poziomie lokalnym występują dwa inne typy organów, nadzorowanych przez CNAMTS i niepodlegających wzajemnym zależnościom hierarchicznym: kasy ubezpieczeń emerytalnych i zdrowia w miejscu pracy (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)*) oraz podstawowe kasy ubezpieczeń zdrowotnych.

Działem emerytur zarządza krajowa kasa ubezpieczeń emerytalnych (*Caisse nationale d'assurance vieillesse, CNAV*), która przekazała niektóre ze swoich zadań kasom ubezpieczeń emerytalnych i zdrowia w miejscu pracy (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)*).

Działem świadczeń rodzinnych zarządza krajowa kasa świadczeń rodzinnych (*Caisse nationale des allocations familiales, CNAF*), która nadzoruje kasy świadczeń rodzinnych.

Biura poboru składek na zabezpieczenie społeczne i świadczenia rodzinne (*URSAFF*) pobierają składki na poziomie lokalnym. Nadzór nad powyższymi biurami sprawuje centralna agencja instytucji zabezpieczenia społecznego (*Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ACOSS*), której zadaniem jest monitorowanie przepływów środków pieniężnych dla każdego działu, w odniesieniu do przydzielanych środków i rzeczywistych wydatków wykazanych w sprawozdaniach finansowych.

Systemem ubezpieczeń na wypadek utraty pracy opartym na umowach zarządza krajowy związek na rzecz zatrudnienia w przemyśle i handlu (*Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, Unedic*), który zleca wypłatę świadczeń państwowej agencji zatrudnienia (*Pôle emploi*) oraz pobór składek opłacanych przez przedsiębiorstwa URSSAF.

Poza podstawowym ubezpieczeniem emerytalnym istnieją obowiązkowe uzupełniające systemy repartycyjne dla pracowników najemnych, tj. oparte na umowach systemy zarządzane przez stowarzyszenie do spraw systemów emerytur uzupełniających dla pracowników najemnych (*Association des régimes de retraite complémentaire des salariés, ARRCO*) i ogólne stowarzyszenie instytucji świadczeń emerytalnych dla kadr (*Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)*). Obowiązkowymi podstawowymi i uzupełniającymi systemami emerytalnymi dla osób prowadzących działalność na własny rachunek zarządzają inne kasy, w szczególności zakład ubezpieczeń społecznych dla osób prowadzących działalność na własny rachunek (*Régime social des indépendants, RSI*), rolnicza kasa wzajemnej pomocy socjalnej (*Mutualité sociale agricole, MSA*) oraz krajowy fundusz ubezpieczeń emerytalnych dla przedstawicieli wolnych zawodów (*Assurance vieillesse des professions libérales, CNAVPL*).

Finansowanie

System zabezpieczenia społecznego jest finansowany ze składek na ubezpieczenie społeczne opłacanych przez pracodawców, pracowników najemnych oraz z ogólnych dochodów podatkowych.



Składki

Ubezpieczony ma obowiązek opłacać składki na zabezpieczenie społeczne, obliczane jako określony procent pobieranego wynagrodzenia. Pracodawca odlicza kwoty składek od wynagrodzenia i wpłaca je do właściwej instytucji odpowiedzialnej za ich pobór. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek samodzielnie opłacają składki, które są obliczane na podstawie dochodów z tytułu prowadzenia działalności.

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 masz prawo do opieki zdrowotnej?

Opieka zdrowotna przysługuje osobom wykonującym działalność zawodową (pracownikom najemnym i osobom prowadzącym działalność na własny rachunek) lub zamieszkującym na terytorium Francji na stałe i legalnie, jak również osobom pozostającym na ich utrzymaniu.

Kryteria kwalifikowalności

Uprawnienia przyznaje się przede wszystkim na podstawie kryteriów zawodowych lub innych równoważnych kryteriów. Konieczne jest spełnienie podstawowych warunków dotyczących liczby przepracowanych godzin lub wysokości składek. Osoby, które przestały spełniać warunki otrzymywania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia społecznego jako ubezpieczeni lub beneficjenci, zachowują uprawnienia do świadczeń rzeczowych w ramach dotychczasowego systemu przez jeden rok, chyba że ponownie spełnią warunki otrzymywania świadczeń w ramach systemu obowiązkowego.

Pozostałe osoby, które należą do systemu powszechnego na podstawie kryterium zamieszkania, mogą opłacać specjalną składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, uzależnioną od poziomu dochodów.

W przypadku opieki zdrowotnej system powszechny obejmuje 85% osób zatrudnionych w sektorze prywatnym, urzędników oraz osób zamieszkujących na stałe i legalnie we Francji, które nie są objęte żadnym systemem ubezpieczeń w innych państwach. Świadczenia rzeczowe dostępne dla obywateli w ramach systemu rolnego i systemu dla osób prowadzących działalność na własny rachunek poza sektorem rolniczym odpowiadają świadczeniom dostępnym w ramach systemu powszechnego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczeni i osoby pozostające na jego utrzymaniu (współmałżonek, dzieci poniżej 20. roku życia, partner, osoba pozostająca na utrzymaniu ubezpieczonego zamieszkująca w jego domu) mają prawo do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej.

W ramach poszczególnych systemów podstawowych pokrywa się około 75% wydatków gospodarstw domowych na opiekę medyczną.

Pewną część kosztów pokrywa pacjent w ramach systemu współpłacenia (*ticket modérateur*), chociaż może zostać zwolniony z takich kosztów w szeregu przypadków, zwłaszcza w przypadku niektórych chorób, określonych jako wymagające długiego leczenia i szczególnie drogiej terapii. Udział takiego pacjenta w kosztach będzie wyższy, jeżeli nie podda się leczeniu zgodnie z tzw. „ścieżką pacjenta” (*parcours de soins*).

Oprócz opłat w ramach powyższego systemu, pacjent ponosi szereg innych kosztów, takich jak: zryczałtowane opłaty w ramach współpłacenia z tytułu poważnych zabiegów medycznych (*forfait actes lourds*); zryczałtowane opłaty w ramach współpłacenia z tytułu każdego zabiegu medycznego (*participation forfaitaire sur les actes médicaux*); oraz częściowe opłaty medyczne (*franchise médicale*) za leki, z tytułu zabiegów paramedycznych i transportu medycznego.



Ubezpieczenie uzupełniające

Jeżeli pracodawca lub przedsiębiorstwo nie zapewnia zbiorowego ubezpieczenia uzupełniającego, można zdecydować się na wykupienie ubezpieczenia uzupełniającego w funduszu wzajemnym, instytucji zabezpieczenia społecznego lub zakładzie ubezpieczeń w celu uzyskania całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów opieki zdrowotnej, które nie podlegają zwrotowi w ramach systemu obowiązkowego.

Jeżeli dana osoba dysponuje ograniczonymi środkami, może skorzystać z bezpłatnego uzupełniającego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (*couverture maladie universelle complémentaire*), które zapewnia pełne pokrycie kosztów bez płatności z góry. Ponadto w przypadku, w którym dostępne środki nieznacznie przekraczają próg uprawniający do powyższego uzupełniającego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, można otrzymać dodatek na pokrycie części kosztów ubezpieczenia uzupełniającego.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

Każdy pacjent powyżej 16. roku życia jest zobowiązany do wyboru lekarza prowadzącego, który będzie kierował sprawowaną nad nim opieką i prowadził jego osobistą dokumentację medyczną. Przepis ten nie dotyczy dzieci. Lekarz prowadzący może być lekarzem ogólnym lub lekarzem specjalistą – wystarczy, aby zgodził się pełnić tę funkcję. Ubezpieczony może zmienić lekarza prowadzącego po prostu poprzez przedstawienie pisemnej informacji w kasie ubezpieczeń zdrowotnych.

Lekarz prowadzący aktualizuje dokumentację medyczną oraz wydaje skierowania na dodatkowe badania lekarskie, kieruje pacjenta do innego lekarza (odpowiedniego lekarza ogólnego lub specjalisty), na właściwy oddział szpitala lub do pracownika opieki zdrowotnej świadczącego innego rodzaju usługi (fizjoterapeutów, pielęgniarzy itp.). Jeżeli procedury medyczne przeprowadza lub zaleca lekarz prowadzący, koszty podlegają zwrotowi według zwykłej stawki, ponieważ pacjent otrzymuje skoordynowaną opiekę.

Jeżeli jednak pacjent nie skonsultuje się z lekarzem prowadzącym lub zwróci się bezpośrednio do lekarza specjalisty, stawka zwrotu będzie niższa, tj. pacjent będzie musiał zapłacić większą kwotę kosztów, niż w przypadku skierowania przez lekarza prowadzącego.

Jednakże ubezpieczony może zwrócić się do lekarza innego niż lekarz prowadzący w nagłych przypadkach, kiedy lekarz prowadzący lub jego zastępca są nieobecni bądź jeżeli przebywa daleko od miejsca zamieszkania. Ponadto bez skierowania od lekarza prowadzącego można bezpośrednio umówić się na wizytę u ginekologa, okulisty lub psychiatry. W każdym przypadku lekarz, do którego udaje się pacjent, przedstawia jego określoną sytuację w karcie leczenia.

Wypłata świadczeń

Dana osoba wnosi opłaty u pracownika służby zdrowia i okazuje kartę ubezpieczeniową (*carte vitale*), która jest kartą chipową potwierdzającą uprawnienia do świadczeń. Karta ubezpieczeniowa wydawana jest każdej osobie, która ukończyła 16. rok życia, i zawiera wszystkie informacje administracyjne niezbędne do dokonania zwrotu kosztów leczenia.

Dzięki temu możliwe jest sporządzanie elektronicznych kart leczenia, które są przesyłane drogą elektroniczną bezpośrednio do odpowiedniej kasy ubezpieczeń zdrowotnych. Powyższa procedura przyspiesza proces zwrotu kosztów. Jeżeli pracownik służby zdrowia nie dysponuje wyposażeniem do odczytania karty, sporządza kartę leczenia w formie papierowej, którą ubezpieczony przekazuje do swojej kasy ubezpieczeń zdrowotnych.



Kasa ubezpieczeń zdrowotnych, do której należy ubezpieczony, zwraca poniesione opłaty według przyjętej stawki. Niektóre specjalne procedury lub kuracje wymagają wcześniejszej zgody kasy ubezpieczeń zdrowotnych. Pracownik służby zdrowia informuje ubezpieczonego, czy musi otrzymać wcześniejszą zgodę.

Produkty medyczne musi przepisać lekarz. Część kosztów może pokryć bezpośrednio kasa (system rozliczeń bezpośrednich aptek) za okazaniem karty przez ubezpieczonego. W takim przypadku ubezpieczony opłaca w aptece tylko część kosztów, których nie pokrywa kasa ubezpieczeń zdrowotnych.

Leczenie szpitalne

Ubezpieczony może być hospitalizowany w wybranej przez siebie placówce, ale jeżeli jest to zatwierdzona prywatna placówka, która nie zawarła kontraktu z instytucją zabezpieczenia społecznego, musi pokryć wstępnie wszystkie koszty. Dodatkowe informacje można uzyskać w kasie ubezpieczeń.

Jeżeli koszty hospitalizacji są pokrywane w 100%, ubezpieczony musi zapłacić zryczałtowaną kwotę za każdy dzień pobytu w szpitalu lub placówce medyczno-społecznej (*forfait journalier*). Niektóre kategorie osób są jednak zwolnione z opłacania takiego ryczałtu, z tym kobiety ciężarne w ciągu 4 ostatnich miesięcy ciąży, noworodki, dzieci niepełnosprawne, niepełnosprawna młodzież uczęszczająca do specjalnych placówek oświatowych szkolenia lub kształcenia zawodowego, osoby hospitalizowane w następstwie wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, a także beneficjenci powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń opieki zdrowotnej

Jeżeli przebywasz lub mieszkasz w innym państwie Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, wówczas zarówno ty, jak i członkowie twojej rodziny możecie 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 planujesz tymczasowy pobyt (wakacje, podróż służbowa itp.) w innym państwie UE, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, złóż 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 planujesz przenieść się na stałe do innego państwa UE, szczegółowe informacje na temat praw w zakresie opieki zdrowotnej znajdziesz 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?

Świadczenia pieniężne z tytułu choroby (zasiłki dzienne) przyznaje się osobom, które na podstawie badań medycznych zostały uznane za niezdolne do wykonywania działalności zawodowej. Zasiłek odpowiada procentowi utraconego wynagrodzenia.

Każda zatrudniona osoba jest uprawniona do dziennego zasiłku w okresie niezdolności do pracy z powodu choroby, począwszy od czwartego dnia nieobecności w pracy. Bezrobotni pobierający świadczenia z tytułu bezrobocia również mogą wnioskować o zasiłek dzienny. Osoba, która utraciła uprawnienia do ubezpieczenia społecznego, zachowuje prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby przez okres jednego roku, pod warunkiem że nie jest objęta innym systemem obowiązkowym.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek w sektorze rzemieślniczym handlowym i wytwórczym są również uprawnione do pobierania zasiłku dziennego w przypadku choroby, przy czym przyznane na ich rzecz świadczenia różnią się nieznacznie od świadczeń przyznawanych na rzecz pracowników najemnych.

Kryteria kwalifikowalności

Zasiłek dzienny jest wypłacany na podstawie kryterium opłaconych składek lub minimalnego okresu aktywności zawodowej. Osoby, które chcą otrzymać zasiłek dzienny, mogą zostać wezwane do poddania się kontrolnemu badaniu lekarskiemu, zorganizowanemu przez kasę.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zasiłek dzienny odpowiada procentowi (50% lub 66,66% w przypadku beneficjentów posiadających troje dzieci, począwszy od 31 dnia od zaprzestania pracy) dotychczasowego dochodu (dziennego wynagrodzenia), z uwzględnieniem określonych progów.

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

W przypadku zaprzestania pracy (pierwszy okres choroby lub przedłużenie okresu niezdolności), ubezpieczony musi:

- wypełnić formularz otrzymany od lekarza; oraz
- w terminie 48 godzin wysłać dwie pierwsze strony dokumentu do swojej kasy ubezpieczeń zdrowotnych oraz trzecią stronę pracodawcy, jeżeli jest pracownikiem najemnym.

Ubezpieczenie uzupełniające

Jeżeli pracodawca lub przedsiębiorstwo nie zapewnia zbiorowego ubezpieczenia uzupełniającego, można zdecydować się na wykupienie ubezpieczenia uzupełniającego w funduszu wzajemnym, instytucji zabezpieczenia społecznego lub zakładzie ubezpieczeń w celu uzupełnienia kwoty zasiłku dziennego z systemu obowiązkowego.

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 uzyskiwaniu 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 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 IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Dana osoba (lub ubezpieczony, którego ubezpieczeniem jest objęta) musi być ubezpieczona przez co najmniej 10 miesięcy przed przewidywaną datą porodu oraz musi wykazać, że kryteria kwalifikowalności do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej i do dziennego zasiłku w ramach ubezpieczenia zdrowotnego były spełnione w zakładanym dniu poczęcia lub na początku urlopu przed porodem.

Co obejmuje ubezpieczenie?

W ramach ubezpieczenia z tytułu macierzyństwa zapewnia się pokrycie wszystkich kosztów związanych z ciążą i porodem oraz świadczenia pieniężne w okresie urlopu macierzyńskiego, przed porodem i po porodzie, urlopu adopcyjnego dla matki lub ojca oraz urlopu ojcowskiego.

Ubezpieczenie z tytułu macierzyństwa pokrywa całość kosztów związanych z ciążą, bez udziału pacjenta w kosztach (*ticket modérateur*). Świadczenia dla osób prowadzących działalność na własny rachunek w sektorze rolniczym i poza tym sektorem są takie same jak świadczenia dostępne w systemie powszechnym.

Opieka zdrowotna

Danej osobie przysługuje pokrycie 100% kosztów związanych z ciążą, porodem i wymaganymi w tym czasie badaniami, tj. wydatków na leczenie, produkty medyczne i hospitalizację, kosztów badań zaleconych w ramach opieki medycznej w ciąży oraz badań wymaganych w okresie ciąży (obowiązkowych badań przed porodem i po porodzie).

Zasiłek dzienny

Świadczenia pieniężne są przyznawane, jeżeli dana osoba przestaje wykonywać pracę zawodową. Matka jest zobowiązana do skorzystania z co najmniej 8 tygodni urlopu z 16 tygodni, do których jest uprawniona (zasadniczo jest to 6 tygodni przed porodem i 10 tygodni po porodzie); począwszy od trzeciego dziecka przysługuje jej 26 tygodni. W przypadku adopcji urlopu może zostać podzielony między ojca i matkę.

Okres urlopu ojcowskiego wynosi 11 kolejnych dni lub 18 kolejnych dni w przypadku porodu mnogiego.

Okres urlopu adopcyjnego wynosi 22 tygodnie w przypadku adopcji więcej niż jednego dziecka.

Wysokość dziennego zasiłku równa się średniemu wynagrodzeniu dziennemu z 3 ostatnich miesięcy, przy obowiązującym pułapie ubezpieczenia społecznego. Kwota zasiłku dziennego nie może być niższa w stosunku do określonego minimalnego poziomu. Od wynagrodzenia odliczane są obowiązkowe składki ustawowe i oparte na umowie oraz ogólna składka na ubezpieczenie społeczne.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek w sektorze rolnym i poza tym sektorem mogą również ubiegać się o świadczenia pieniężne z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa. Dotyczy to zryczałtowanych zasiłków lub zasiłków dziennych.



Aby uzyskać informacje dotyczące wszystkich niezbędnych formalności i dokumentów należy zwrócić się do kasy ubezpieczeń zdrowotnych i kasy świadczeń rodzinnych. Należy skonsultować się z tymi instytucjami również przed podróżą lub przeprowadzeniem się do innego państwa członkowskiego.

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

Aby uzyskać świadczenia z tytułu macierzyństwa należy dostarczyć do kasy ubezpieczeń zdrowotnych zaświadczenie o ciąży wydane przez lekarza.

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*. Benefits in kind (i.e. 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 masz prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Świadczenia z tytułu inwalidztwa przysługują każdej osobie ubezpieczonej w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, będącej w wieku poniżej 60 lat, której zdolność do pracy uległa zmniejszeniu o 2/3, która była ubezpieczona przez co najmniej 12 miesięcy i przedstawi dowód wykonywania pracy za wynagrodzeniem.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Jeżeli dana osoba jest zdolna do wykonywania pracy za wynagrodzeniem, renta wyniesie 30% jej średniego rocznego wynagrodzenia z 10 najlepszych lat, podzielonego przez 10, jeżeli ubezpieczony pracował przez dziesięć lat (lub przez mniejszą wartość, jeżeli okres zatrudnienia wynosi mniej niż 10 lat), nie przekraczając określonego górnego limitu. W przypadku niezdolności do wykonywania pracy za wynagrodzeniem, renta wyniesie 50% wynagrodzenia, obliczonego jak powyżej, przy określonym górnym limicie. Kwota renty zostanie podwyższona, jeżeli ubezpieczony potrzebuje pomocy osoby trzeciej przy wykonywaniu czynności życia codziennego.

Opieka zdrowotna

W przypadku choroby i macierzyństwa beneficjent renty inwalidzkiej jest uprawniony do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej, świadczonej na jego rzecz lub na rzecz członków jego rodziny. W pierwszym przypadku poziom zwrotu wynosi 100% przyjętej stawki.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Wnioski o rentę inwalidzką należy składać w podstawowej kasie ubezpieczeń zdrowotnych odpowiedniej dla miejsca zamieszkania lub w regionalnej kasie ubezpieczeń zdrowotnych regionu Ile de France, jeżeli miejsce zamieszkania znajduje się w regionie paryskim.

Ubezpieczenie uzupełniające

Jeżeli pracodawca lub przedsiębiorstwo nie zapewnia zbiorowego ubezpieczenia uzupełniającego, można zdecydować się na wykupienie ubezpieczenia uzupełniającego w funduszu wzajemnym, instytucji zabezpieczenia społecznego lub zakładzie ubezpieczeń w celu uzupełnienia kwoty renty inwalidzkiej z systemu obowiązkowego.

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 uprawnienia do świadczeń z tytułu inwalidztwa.

Świadczenia z tytułu inwalidztwa wypłacane są bez względu na to, czy mieszkasz lub przebywasz w Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii czy Szwajcarii*. Niezbędne kontrole administracyjne i badania lekarskie przeprowadzane są zazwyczaj przez właściwą instytucję w państwie pobytu osoby ubiegającej się o rentę. W pewnych okolicznościach

* 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.



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 zabezpieczenia 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 masz prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Ubezpieczeniem emerytalnym objęte są osoby zatrudnione w sektorze prywatnym, które pobierają podstawowe świadczenie w ramach systemu powszechnego lub systemu rolniczego oraz świadczenie uzupełniające wypłacane przez instytucje należące do AGRIC i ARRCO. Przystąpienie do systemu uzupełniającego jest obowiązkowe.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek również korzystają z obowiązkowych systemów podstawowych i uzupełniających. Emerytury podstawowe wypłacane w ramach systemów dla rzemieślników, detalistów i producentów oraz dla rolników odpowiadają emeryturom wypłacanym w ramach systemu powszechnego.

W celu uzyskania pełnej emerytury należy osiągnąć minimalny okres ubezpieczenia i spełnić warunek dotyczący wieku: ten ostatni zwiększa się stopniowo z 60 do 62 lat (w 2018 r.) oraz, jeżeli warunek dotyczący okresu ubezpieczenia nie jest spełniony, z 65 do 67 lat (w 2023 r.).

Dana osoba nabywa odpowiednie uprawnienia, kiedy opłacone przez nią składki są wystarczające, aby zatwierdzić co najmniej jeden kwartał ubezpieczenia. Jeden kwartał ubezpieczenia zostaje zatwierdzony, jeżeli osoba ta uzyskała wynagrodzenie równe kwocie minimalnego wynagrodzenia za 200 godzin pracy.

W przypadku uzupełniających systemów emerytalnych mają zastosowanie takie same zasady dotyczące wieku emerytalnego. Nie dotyczy ich jednak minimalny okres ubezpieczenia.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Emerytura jest obliczana na podstawie trzech elementów: średniej rocznej płacy (z 25 lat, w których uzyskiwano najwyższe wynagrodzenie), wymiaru do ustalenia wysokości emerytury (od 27,5% do 50%) oraz nabytego okresu ubezpieczenia w systemie (stażu).

W przypadku osób urodzonych po 1947 r. średnie roczne wynagrodzenie oblicza się na podstawie 25 lat, w których uzyskiwały najwyższe zarobki.

Aby otrzymać pełną stawkę emerytury (50%), ubezpieczony w wieku 60-62 lata musi mieć zgromadzonych od 160 do 165 kwartałów w co najmniej jednym podstawowym systemie emerytalnym (160 kwartałów w przypadku ubezpieczonych urodzonych przed 1949 r.; 165 kwartałów w przypadku ubezpieczonych urodzonych w 1954 r.). Stawka emerytury wynosząca 50% jest przyznawana automatycznie, niezależnie od okresu ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczonego, który ukończył 65-67 lat.

Jeżeli ubezpieczony kontynuuje pracę po spełnieniu warunków dotyczących wieku i okresów ubezpieczenia uprawniających do pełnej stawki emerytury, jego emerytura podstawowa zostanie zwiększona (poprzez przyznanie premii) zgodnie z liczbą przepracowanych dodatkowych kwartałów.

Wysokość emerytury uzupełniającej oblicza się na podstawie systemu punktów. Liczbę punktów zgromadzonych w danym systemie lub systemach mnoży się przez wartość punktów ustaloną przez AGIRC i ARRCO. Wiek, w którym wypłacana jest emerytura, pokrywa się z wiekiem w systemie podstawowym.



Maksymalna i minimalna wysokość emerytury

Każdemu ubezpieczonemu, którego emerytura została obliczona według pełnej stawki, przysługuje minimalna wysokość emerytury, tzw. *minimum contributif*. Jeżeli jednak emerytura została obliczona według pełnej stawki, ale na podstawie historii składek w systemie, która obejmuje mniejszą liczbę kwartałów niż jest to wymagane dla wieku danej osoby, emeryturę minimalną oblicza się proporcjonalnie do rzeczywistego okresu ubezpieczenia w systemie powszechnym.

Wyplacana emerytura nie może przekroczyć maksymalnej wysokości określonej jako połowa najwyższego wynagrodzenia objętego obowiązkiem składkowym.

Pod niektórymi warunkami przyznaje się podwyższoną emeryturę w przypadku emerytów, którzy:

- są biologicznymi rodzicami co najmniej trojga dzieci lub wychowali co najmniej troje dzieci;
- byli aktywni mimo niepełnosprawności;
- nie ukończyli określonego wieku i wymagają opieki innej osoby przy wykonywaniu czynności życia codziennego.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu starości?

Ubezpieczony musi złożyć wniosek o emeryturę w kasie ds. ubezpieczeń emerytalnych i zdrowia w pracy (CARSAT) odpowiedniej dla jego miejsca zamieszkania lub do krajowej kasa ubezpieczeń emerytalnych (CNAV), jeżeli ubezpieczony zamieszkuje w rejonie Paryża.

W odniesieniu do ubezpieczonych w ramach systemu innego niż system powszechny zob. adresy podane w [załączniku I](#).

Jeżeli ubezpieczony zamieszkuje we Francji, składając wniosek o emeryturę do kasy podstawowej, musi się również skontaktować się z ostatnią kasą uzupełniającą ubezpieczeń emerytalnych, do której należał.

Wyplacanie renty rozpoczyna się nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do świadczeń z tytułu starości

Przepisy unijne 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 byłś ubezpieczony, 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 nigdy nie pracowałeś 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 masz prawo do renty rodzinnej?

W ramach systemu powszechnego oraz powiązanych systemów, renta rodzinna wypłacana jest współmałżonkowi pozostającemu przy życiu, gdy ukończył co najmniej 55. rok życia (rzeczywista renta rodzinna, *pension de réversion*) lub ma mniej niż 55 lat, (renta inwalidzka dla wdowy/wdowca, *pension de veuf ou de veuve invalide*). W ramach niektórych systemów specjalnych oraz systemów uzupełniających, sieroty mogą ubiegać się pod pewnymi warunkami o rentę sierocą.

Rentę rodzinną opartą na ocenie zasobów finansowych przyznaje się współmałżonkowi pozostającemu przy życiu lub rozwiedzionemu współmałżonkowi, który ukończył co najmniej 55 lat (51 lat, jeżeli ubezpieczony zmarł przed dniem 1 stycznia 2009 r.).

W ramach systemów uzupełniających ARRCO (dla pracowników najemnych) i AGRIC (dla kadry kierowniczej) świadczenia rodzinne wypłaca się wdowom lub wdowcom, którzy nie wstąpili ponownie w związek małżeński i którzy ukończyli co najmniej 55 lat (ARRCO) lub 60 lat (AGIRC). Warunek dotyczący wieku nie ma zastosowania w przypadku wdów lub wdowców z niepełnosprawnością bądź posiadających na utrzymaniu dwoje dzieci.

Świadczenie z tytułu śmierci

Ubezpieczenie na wypadek śmierci obejmuje zryczałtowaną kwotę wypłacaną, pod pewnymi warunkami, osobom, które pozostawały na całkowitym i stałym utrzymaniu ubezpieczonego w chwili jego śmierci. Jeżeli w terminie jednego miesiąca żadna osoba nie rości sobie pierwszeństwa do świadczenia z tytułu śmierci, jest ono wypłacane współmałżonkowi pozostającemu przy życiu lub partnerowi w ramach obywatelskiego paktu solidarności społecznej bądź, w innym razie, zstępnym, wstępnym lub każdej osobie pozostającej na utrzymaniu ubezpieczonego (partnerowi, konkubentowi).

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość renty podstawowej wynosi 54% emerytury zmarłego współmałżonka i jest oparta na ocenie zasobów finansowych. Pod pewnymi warunkami beneficjent może pobierać rentę jednocześnie z własną emeryturą lub świadczeniami z tytułu inwalidztwa. Jeżeli wdowy lub wdowcy są rozwiedzeni, rentę dzieli się proporcjonalnie do lat małżeństwa.

Rentę inwalidzką dla wdowy/wdowca przyznaje się pozostającemu przy życiu współmałżonkowi w wieku poniżej 55 lat, którego niepełnosprawność zmniejsza jego zdolność do pracy lub zarobkowania o 66,66%. W chwili śmierci zmarły ubezpieczony powinien być pobierać lub posiadać uprawnienia do emerytury lub renty inwalidzkiej.

Rentę wdowią uzupełnia się dodatkiem w postaci zryczałtowanej kwoty na dziecko, jeżeli współmałżonek pozostały przy życiu ma na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko poniżej 16. roku życia. Rentę zwiększa się o 10% w przypadku, w którym beneficjent jest biologicznym rodzicem co najmniej trojga dzieci lub wychowywał co najmniej troje dzieci przez dziewięć lat, przed ukończeniem przez nie 16. roku życia.

Pod pewnymi warunkami renta wdowia zapewnia osobie pozostającej przy życiu po zmarłym ubezpieczonym możliwość pobierania tymczasowego zasiłku pozwalającego wejść lub powrócić na rynek pracy. Jest on wypłacany przez maksymalny okres dwóch lat każdej osobie poniżej 55. roku życia, której zasoby finansowe nie przekraczają określonego poziomu.



W ramach systemów uzupełniających ARRCO i AGRIC renty rodzinne wynoszą 60% emerytury zmarłego współmałżonka. W przypadku rozwodu rentę dzieli się między pozostających przy życiu współmałżonków, którzy nie wstąpili ponownie w związek małżeński, proporcjonalnie do lat trwania małżeństwa.

Świadczenie z tytułu śmierci

Świadczenie z tytułu śmierci wynosi 90-krotność dziennego wynagrodzenia ubezpieczonego, ustalane w taki sam sposób, jak w przypadku świadczenia z tytułu choroby. Kwota świadczenia nie może być mniejsza niż 1% rocznego pułapu ubezpieczenia społecznego oraz nie może przekraczać jednej czwartej tego pułapu. Dodatkowe informacje można uzyskać w odpowiedniej kasie ubezpieczeń zdrowotnych.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

Ubezpieczony musi złożyć wniosek o rentę rodzinną w kasie ds. ubezpieczeń emerytalnych i zdrowia w pracy (CARSAT) odpowiedniej dla jego miejsca zamieszkania lub do krajowej kasy ubezpieczeń emerytalnych (CNAV), jeżeli ubezpieczony zamieszkuje w rejonie Paryża.

Wnioski o inwalidzką rentę wdowią należy składać w podstawowej kasie ubezpieczeń zdrowotnych odpowiedniej dla miejsca zamieszkania lub w regionalnej kasie ubezpieczeń zdrowotnych regionu Ile de France, jeżeli miejsce zamieszkania znajduje się w regionie paryskim.

W odniesieniu do ubezpieczonych w ramach systemu innego niż system powszechny zob. adresy podane w załączniku I.

Jeżeli ubezpieczony zamieszkuje we Francji, składając wniosek o emeryturę do kasy podstawowej, musi się również skontaktować się z ostatnią kasą uzupełniających ubezpieczeń emerytalnych, do której należał.

Wypłacanie renty rozpoczyna się nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek.

Świadczenie z tytułu śmierci

Wniosek o świadczenie z tytułu śmierci należy złożyć w kasie, do której należał zmarły pracownik.

Prawo obywateli przemieszczających się w Europie do renty rodzinnej

Ogólnie rzecz biorąc, do świadczeń dla współmałżonków pozostających przy życiu lub sierot oraz świadczeń z tytułu śmierci odnoszą się takie same przepisy, jak do rent inwalidzkich i emerytur (zob. rozdziały V i VI). Mianowicie renty rodzinne i świadczenia z tytułu śmierci wypłacane są bez zniżek, zmian czy zawieszek bez względu na to, czy współmałżonek pozostający 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 masz prawo do świadczeń?

Pracownicy najemni (w sektorze rolniczym oraz poza nim) oraz rolnicy podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu wypadków przy pracy.

Ubezpieczenie od wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych obejmuje wypadki przy pracy będące skutkiem pracy wykonywanej przez ubezpieczonego, wypadki w drodze do miejsca i z miejsca pracy oraz choroby nabyte w pracy, które znajdują się w oficjalnych wykazach chorób zawodowych lub które zostały bezpośrednio spowodowane zwykłymi czynnościami zawodowymi, zgodnie z raportem komisji ds. uznawania chorób zawodowych.

Co obejmuje ubezpieczenie?

W następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej dana osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej i zasiłków dziennych oraz, w stosownych przypadkach, do renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy. W przypadku śmierci ubezpieczonego, rentę mogą otrzymać również osoby pozostające na jego utrzymaniu.

Zasiłek dzienny

Pracownikom najemnym przysługuje zasiłek dzienny, począwszy od pierwszego dnia niezdolności do pracy. Zasiłek ten wynosi 60% dziennego zarobku brutto przez pierwsze 28 dni, a następnie 80% tego wynagrodzenia, przy ograniczeniu na poziomie 0,834% rocznego pułapu ubezpieczenia społecznego. Zasiłek dzienny dla rolników jest zryczałtowany i przysługuje od 8 dnia od daty zaprzestania pracy.

Renta z tytułu trwałej niezdolności do pracy

Jeżeli w następstwie wypadku lub choroby u danej osoby wystąpiła w sposób trwały częściowa (na poziomie co najmniej 10% w przypadku pracowników najemnych lub co najmniej 30% w przypadku rolników) lub całkowita niezdolność do pracy, osoba ta jest uprawniona do renty. Wysokość renty zależy od wynagrodzenia pobieranego w okresie 12 miesięcy poprzedzających wystąpienie niezdolności oraz od stopnia trwałej niezdolności.

Renta z tytułu śmierci

W ramach systemu dla pracowników najemnych wypłaca się renty wdów, partnerowi, osobie związanej z ubezpieczonym na podstawie Obywatelskiego Paktu Solidarności Społecznej (PACS), dzieciom poniżej 20. roku życia oraz, w niektórych sytuacjach, rodzicom zmarłego ubezpieczonego. Wysokość renty odpowiada procentowi rocznego wynagrodzenia zmarłego ubezpieczonego. W przypadku wdowy odsetek ten wynosi 40% (w niektórych przypadkach 60%), 25% na każde z pierwszej dwójki dzieci oraz 20% na każde kolejne dziecko.

Całkowita wartość renty przyznanej osobom pozostałym przy życiu po ubezpieczonym zmarłym w wyniku wypadku przy pracy nie może przekroczyć 85% rocznego wynagrodzenia zmarłego ubezpieczonego.

Opieka zdrowotna

Za okazaniem karty wypadku, dana osoba jest uprawniona – bezpłatnie i bez konieczności wcześniejszego ponoszenia kosztów – do opieki zdrowotnej, leków,



hospitalizacji, aparatury i protez (oprócz przypadków, w których dana kwota przekracza przyjętą stawkę).

W niektórych przypadkach ubezpieczony jest uprawniony do przekwalifikowania zawodowego lub rehabilitacji funkcjonalnej.

Beneficjenci renty z tytułu wypadku przy pracy, odpowiadającej stopniowi trwałej niezdolności wynoszącemu co najmniej 66%, są uprawnieni do świadczeń rzeczowych z tytułu chorób i macierzyństwa, przy czym nie ma zastosowania *ticket modérateur*. Osoby uprawnione do renty rodzinnej również korzystają ze świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych i macierzyństwa.

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

O wypadku należy jak najszybciej powiadomić pracodawcę, podając mu imiona i nazwiska oraz adresy świadków zdarzenia. Pracodawca dokonuje odpowiedniego zgłoszenia w kasie, do której należy ubezpieczony, oraz wydaje mu kartę wypadku, uprawniającą do świadczeń rzeczowych (opieki), bez konieczności wcześniejszego ponoszenia kosztów.

Jeżeli wypadek zdarza się po raz kolejny, kartę wypadku wydaje kasa ubezpieczeń zdrowotnych, a nie pracodawca.

W przypadku zachorowania na chorobę zawodową, ubezpieczony musi poinformować o tym fakcie kasę, do której należy, w terminie 15 dni od wystąpienia niezdolności do pracy. Zawiadomienie należy dostarczyć do kasy wraz z dwoma egzemplarzami zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza ubezpieczonego. Po badaniu lekarskim kasa informuje zainteresowaną osobę o swojej decyzji.

W przypadku śmierci ubezpieczonego osoba pozostała przy życiu musi złożyć wniosek o świadczenia w podstawowej kasie ubezpieczeń zdrowotnych (*caisse primaire d'assurance maladie, CPAM*), jeżeli jest pracownikiem najemnym ubezpieczonym w systemie powszechnym, oraz w kasie wzajemnych ubezpieczeń społecznych dla rolników (*caisse de mutualité sociale agricole*), jeżeli jest pracownikiem rolnym lub rolnikiem.

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. sekcje 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.*

Ilekoć 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,

* 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.



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>.



Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy masz prawo do świadczeń rodzinnych?

Jeżeli dana osoba zamieszkuje wraz z rodziną we Francji i sprawuje stałą opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem, jest uprawniona do francuskich świadczeń rodzinnych. Niektóre świadczenia przyznaje się na podstawie oceny zasobów finansowych.

Właściwe świadczenia rodzinne (zasiłki na dzieci) są wypłacane, jeżeli ubezpieczony sprawuje opiekę nad co najmniej dwojgiem dzieci. Niektóre świadczenia, takie jak świadczenie z tytułu narodzin dziecka, dodatek mieszkaniowy, dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego, dodatek z tytułu edukacji specjalnej oraz zasiłek na utrzymanie, mogą być jednak wypłacane na jedno dziecko.

Beneficjenci

W przypadku dodatku mieszkaniowego oraz dodatku rodzinnego, granica wieku dzieci wynosi 21 lat, natomiast w przypadku innych świadczeń 20 lat. Ponadto, aby wyrównać stratę finansową ponoszoną przez rodzinę z co najmniej trojgiem dzieci, kiedy najstarsze dziecko kończy 20 lat, przez okres jednego roku wypłacany jest zryczałtowany zasiłek. Świadczenia rodzinne nie są jednak wypłacane za pierwsze dziecko.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Prawo francuskie przewiduje następujące rodzaje świadczeń rodzinnych:

- świadczenie z tytułu narodzin dziecka, które obejmuje:
 - dodatek porodowy lub adopcyjny,
 - zasiłek podstawowy,
 - dodatek na opiekę nad dzieckiem w placówce opiekuńczej lub przez opiekuna,
 - dodatek na samodzielną opiekę nad dzieckiem w domu,
- właściwe świadczenia rodzinne (zasiłki na dzieci);
- dodatek rodzinny;
- dodatek mieszkaniowy;
- dodatek z tytułu edukacji specjalnej;
- zasiłek na utrzymanie;
- dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego;
- dzienny zasiłek z tytułu urlopu rodzicielskiego;

Zwiększone świadczenia rodzinne mogą zostać przyznane na podstawie wieku dzieci.

Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat pozostałych świadczeń rodzinnych, należy zapoznać się z tabelami MISSOC.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Ubezpieczony musi złożyć wniosek w kasie świadczeń rodzinnych odpowiedniej dla miejsca zamieszkania jego rodziny.

Aby uzyskać wykaz dokumentów wymaganych dla każdego z powyższych świadczeń, należy skorzystać z przewodnika dotyczącego świadczeń rodzinnych opublikowanego przez kasę, skontaktować się z kasą wzajemnych ubezpieczeń społecznych dla rolników



odpowiednią dla miejsca zamieszkania bądź zapoznać się z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej kasy świadczeń rodzinnych.

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 masz prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Świadczenia z tytułu bezrobocia przysługują tylko pracownikom najemnym.

Aby uzyskać powyższe świadczenia dana osoba musi spełnić następujące warunki:

- utracić pracę z przyczyn od niej niezależnych;
- zarejestrować się jako osoba poszukująca pracy i zaakceptować spersonalizowany plan działań mających na celu ponowne podjęcie zatrudnienia;
- faktycznie i nieprzerwanie poszukiwać pracy;
- być fizycznie zdolna do pracy;
- nie spełniać warunków otrzymania pełnej stawki emerytury;
- wykazać okres ubezpieczenia w systemie ubezpieczeń od utraty pracy, wynoszący co najmniej 28 miesięcy (36 miesięcy w przypadku osób powyżej 50. roku życia).

Co obejmuje ubezpieczenie?

Na dzienny zasiłek składa się kwota zryczałtowana i kwota zmienna, która wynosi 40,4% wynagrodzenia. Zasiłek nie może być niższy niż 57,4% wynagrodzenia, ani wyższy niż 75% tego wynagrodzenia.

Okres wypłacania świadczenia z tytułu bezrobocia (od 4 do 24 miesięcy bądź do 36 miesięcy, jeżeli beneficjent ukończył 50 lat) zależy od wcześniejszego okresu ubezpieczenia oraz wieku osoby poszukującej pracy.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Osoba zamieszkująca we Francji, która straciła pracę, musi jak najszybciej zarejestrować się w państwowej agencji zatrudnienia (*Pôle emploi*) właściwej dla miejsca zamieszkania jako osoba poszukująca pracy, aby otrzymać wszelkie przysługujące jej świadczenia z tytułu bezrobocia oraz zachować uprawnienia do świadczeń zabezpieczenia społecznego.

Wniosek o rejestrację wstępną można złożyć telefonicznie lub drogą elektroniczną za pośrednictwem [strony internetowej](#) państwowej agencji zatrudnienia. Wnioskodawca otrzyma zaproszenie na spotkanie i wykaz dokumentów, jakie należy przedstawić.

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 posiadają 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 chcesz podjąć pracę w innym kraju Unii Europejskiej, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, możesz pod pewnymi warunkami wyeksportować takie świadczenia na czas określony.*

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 XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy masz prawo do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Prawodawstwo francuskie przewiduje szereg świadczeń minimalnych z pomocy społecznej, przeznaczonych dla osób faktycznie zamieszkujących na stałe we Francji, których zasoby finansowe nie przekraczają określonego progu.

Dochód aktywnej solidarności

Celem dochodu aktywnej solidarności (*revenu de solidarité active, RSA*) jest uzupełnienie dochodu z pracy najemnej w przypadku osób pobierających niewystarczające wynagrodzenie, aby zapewnić minimalny dochód osobom pozbawionym odpowiednich środków, propagować aktywność zawodową oraz zwalczać wykluczenie społeczne.

Świadczenie to wypłaca się osobom od 25. roku życia (poniżej 25. roku życia, jeżeli mają na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko, nawet jeżeli jeszcze się nie urodziło, lub jeżeli mogą wykazać minimalny okres aktywności zawodowej), które nie osiągnęły wieku emerytalnego.

Beneficjenci świadczenia są zobowiązani do szukania pracy, podejmowania niezbędnych kroków w celu rozwijania własnej aktywności lub do uczestniczenia w przewidzianych działaniach integracyjnych.

Zasiłek dla niepełnosprawnych osób dorosłych

Zasiłek dla niepełnosprawnych osób dorosłych (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) zapewnia minimalne zasoby finansowe osobom niepełnosprawnym od 20. do 60. roku życia.

Zasiłek przyznawany w ramach solidarności z osobami starszymi oraz uzupełniający zasiłek inwalidzki

Zasiłek przyznawany w ramach solidarności z osobami starszymi (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) oraz uzupełniający zasiłek inwalidzki (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) stanowią dodatek do świadczeń zabezpieczenia społecznego dla osób starszych i niepełnosprawnych bez (wystarczającej) historii ubezpieczenia. Świadczenie ASPA przysługuje osobom, które osiągnęły wiek, w którym mogą przejść na emeryturę, natomiast świadczenie ASI mogą pobierać inwalidzi, którzy nie spełniają warunków uprawniających do ubiegania się o emeryturę.

Zasiłek szczególnej solidarności

Zasiłek szczególnej solidarności (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) zapewnia minimalny dochód osobom zdolnym do pracy, ale niespełniającym warunków, aby pobierać pełną emeryturę (zob. rozdział VI).

Beneficjenci muszą podejmować aktywne działania w celu znalezienia nowego miejsca pracy.

Doraźny zasiłek tymczasowy

Oprócz świadczeń wymienionych powyżej dostępny jest doraźny zasiłek tymczasowy (*allocation temporaire d'attente, ATA*) zapewniający tymczasowy dochód niektórym osobom poszukującym pracy (osobom oczekującym na reintegrację, osobom ubiegającym się o azyl, niektórym obcokrajowcom), które nie są uprawnione do świadczeń z tytułu.



Beneficjenci muszą podejmować aktywne działania w celu znalezienia nowego miejsca pracy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość świadczeń może się różnić w zależności od składu i zasobów finansowych gospodarstwa domowego wnioskodawcy.

Dochód aktywnej solidarności

Dochód aktywnej solidarności przyznaje się na okres 3 miesięcy, który może zostać przedłużony. Wysokość tego świadczenia zależy od sytuacji, w jakiej znajduje się rodzina.

Pozostałe świadczenia

W przypadku pozostałych dostępnych świadczeń obowiązują następujące zasady:

- zasiłek dla niepełnosprawnych osób dorosłych (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) nie zależy od składu gospodarstwa domowego. Dostępny jest również szereg dodatków. Zasiłek ten wypłaca się przez okres wynoszący od jednego roku do 10 lat;
- zasiłek przyznawany w ramach solidarności z osobami starszymi (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) przysługuje tak długo, jak dana osoba spełnia odpowiednie warunki;
- uzupełniający zasiłek inwalidzki (*Allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) przysługuje tak długo, jak dana osoba spełnia odpowiednie warunki;
- zasiłek szczególnej solidarności (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) jest przyznawany na okres sześciu miesięcy i może być wielokrotnie przedłużany na taki sam okres;
- doraźny zasiłek tymczasowy (*allocation temporaire d'attente, ATA*) może być przedłużany co miesiąc lub zostać przyznany na maksymalny okres 12 miesięcy, odpowiednio do sytuacji beneficjenta.

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

W przypadku dochodu aktywnej solidarności (*revenu de solidarité active, RSA*) wniosek rozpatruje organ wyznaczony przez rady generalne (fr. *conseils généraux*, tj. zgromadzenia francuskich departamentów).

Uprawnienia do zasiłku dla niepełnosprawnych osób dorosłych (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) rozpatruje komisja ds. praw i samodzielności osób niepełnosprawnych (*commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées*).

Wnioski o świadczenie szczególnej solidarności (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) oraz o doraźny zasiłek tymczasowy (*allocation temporaire d'attente, ATA*) rozpatruje instytucja odpowiedzialna za wypłacanie świadczeń z tytułu bezrobocia (*Pôle emploi*).

Wnioski o zasiłek przyznawany w ramach solidarności z osobami starszymi (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) oraz wnioski o uzupełniający zasiłek inwalidzki (*Allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) rozpatrują instytucje (kasy) odpowiedzialne za wypłacanie świadczeń emerytalnych lub świadczeń z tytułu inwalidztwa.



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. 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 masz prawo do opieki długoterminowej?

We francuskim systemie zabezpieczenia społecznego nie obowiązują jednolite zasady odnośnie do utraty niezależności i zdolności do wykonywania czynności życia codziennego. Świadczenia z tytułu opieki długoterminowej wchodzą natomiast w zakres przepisów z różnych obszarów prawodawstwa.

Dodatek na opiekę świadczoną przez osobę trzecią

Prawodawstwo przewiduje dodatek na opiekę świadczoną przez osobę trzecią (*majoration pour aide d'une tierce personne*) w przypadku pobierania:

- renty inwalidzkiej (*pension d'invalidité*);
- emerytury (*pension de vieillesse*), pod pewnymi warunkami; lub
- renty z tytułu wypadku przy pracy (*rente d'accident de travail*).

Beneficjentami nie mogą być osoby, które osiągnęły wiek uprawniający od otrzymania pełnej stawki emerytury, niezależnie od stażu ubezpieczenia w czasie rozpatrywania uprawnień; muszą oni wymagać opieki innej osoby przy wykonywaniu większości podstawowych czynności życia codziennego.

Dodatek z tytułu edukacji specjalnej dzieci niepełnosprawnych

Dodatek z tytułu edukacji specjalnej dzieci niepełnosprawnych (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) przyznaje się na dzieci poniżej 20. roku życia, które zamieszkują we Francji i których stopień niepełnosprawności wynosi co najmniej 80% lub, w szczególnych sytuacjach, od 50% do 80%.

Zasiłek wyrównawczy z tytułu niepełnosprawności oraz zasiłek z tytułu utraty niezależności

Należy wymienić dwa inne świadczenia z tytułu opieki długoterminowej.

Pierwsze z nich to zasiłek wyrównawczy z tytułu niepełnosprawności (*prestation de compensation du handicap*) przeznaczony dla osób niepełnosprawnych poniżej 60. roku życia, które zamieszkują we Francji i których stopień niepełnosprawności odpowiada określonym kryteriom.

Drugim świadczeniem jest zasiłek z tytułu utraty niezależności (*allocation personnalisée d'autonomie*) przeznaczony dla osób starszych powyżej 60. roku życia, które zamieszkują we Francji i są zależne od osób trzecich. Świadczenie nie jest zależne od oceny zasobów finansowych, chociaż jego wysokość różni się od poziomu zasobów lub dochodów.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rzeczowe

Zasiłek wyrównawczy z tytułu niepełnosprawności (*prestation de compensation du handicap*) oraz zasiłek z tytułu utraty niezależności (*allocation personnalisée d'autonomie*) mogą być przeznaczone na pokrycie kosztów opieki domowej oraz opieki częściowo i w całości w domu opieki.

W przypadku opieki domowej oceniany jest poziom opieki umożliwiający przebywanie w domu. Wysokość świadczenia zależy od planu opieki przyjętego z uwzględnieniem udziału beneficjenta w kosztach oraz sporządzonego na podstawie środków, jakimi dysponuje.



W przypadku opieki częściowo w domu opiekę beneficjent może otrzymywać opiekę w wyspecjalizowanym ośrodku. Liczba przyznanych godzin zależy od oceny potrzeb w zakresie opieki.

Jeżeli chodzi o opiekę w całości w domu opieki (tj. obejmującą zakwaterowanie w instytucji społecznej lub medyczno-społecznej; hospitalizację w placówce opieki zdrowotnej lub w instytucji zapewniającej zakwaterowanie zależnym osobom starszym (*Établissement pour hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD*), wysokość świadczenia równa się kwocie wydatków proporcjonalnych do stopnia utraty niezależności, zgodnie ze stawkami stosowanymi przez daną instytucję, odejmując od nich udział, jaki ma w kosztach beneficjent.

Świadczenia pieniężne

Dodatek na opiekę świadczoną przez stronę trzecią (*majoration pour aide d'une tierce personne*) wynosi 40% emerytury lub renty, która nie może być niższa niż kwota minimalna ustalona ustawowo.

Dodatek z tytułu edukacji specjalnej dzieci niepełnosprawnych (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) obejmuje sześć kategorii świadczeń. Dostępny jest specjalny dodatek na dzieci pozostające na utrzymaniu osoby samotnie wychowującej dzieci, która korzysta z zasiłku i dodatku na niepełnosprawne dziecko kwalifikujące się do co najmniej drugiej kategorii.

Pozostałe świadczenia

Pozostałe świadczenia obejmują dodatki techniczne na zakup lub wynajem specjalnego wyposażenia, dostosowanie często użytkowanego wyposażenia, dodatek mieszkaniowy (dostosowanie), dodatek transportowy, pomoc w określonym celu lub w wyjątkowych przypadkach oraz zwierzęta-opiekunów.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

W przypadku dodatku na opiekę świadczoną przez stronę trzecią (*majoration pour aide d'une tierce personne*) służby medyczne danej kasy rozpatrują wniosek ubezpieczonego.

Wielodyscyplinarny zespół ocenia stopień zapotrzebowania na dodatek na edukację specjalną niepełnosprawnego dziecka (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) oraz na zasiłek wyrównawczy z tytułu niepełnosprawności.

W przypadku zasiłku z tytułu utraty niezależności (*allocation personnalisée d'autonomie*) odpowiedniej oceny dokonuje zespół medyczno-społeczny.

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*.

* 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.



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>.



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>

Ministerstwa

Ministerstwo ds. pracy, zatrudnienia i zdrowia
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/>

Ministerstwo ds. solidarności i spójności społecznej
<http://www.solidarite.gouv.fr/>

Ministerstwo ds. budżetu, rachunków publicznych i reformy państwa
<http://www.budget.gouv.fr/>

Ministerstwo ds. rolnictwa, żywności, rybołówstwa, obszarów wiejskiej i planowania przestrzennego
<http://agriculture.gouv.fr/>

Teksty prawne

<http://www.legifrance.gouv.fr>

Informacje ogólne

<http://www.service-public.fr/>

Portal zabezpieczeń społecznych

<http://www.securite-sociale.fr/>

Instytucja łącznikowa

Europejskie i międzynarodowe centrum łącznikowe ds. zabezpieczenia społecznego (CLEISS)

11 rue de la Tour des Dames

F-75436 Paris Cedex 09

<http://www.cleiss.fr/>

Pobór składek na zabezpieczenie społeczne

ACOSS

36, rue de Valmy

93108 Montreuil Cedex

<http://www.urssaf.fr/>

Choroba, macierzyństwo, ojcostwo, inwalidztwo, śmierć oraz wypadek przy pracy pracowników najemnych

Caisse nationale d'assurance maladie maternité des travailleurs salariés

26-50, avenue du Professeur-André-Lemierre

F-75694 Paris Cedex 20

<http://www.ameli.fr/>



Ogólne informacje o emeryturze

Conseil d'orientation des retraites
<http://www.cor-retraites.fr/>

Info
<http://www.info-retraite.fr/>

Emerytura dla pracowników najemnych

- **Emerytura podstawowa**
Caisse nationale d'assurance vieillesse
110 avenue de Flandre
F-75951 Paris Cedex 19
<http://www.cnav.fr/>
- **Obowiązkowe emerytury uzupełniające**
AGIRC ARRCO
16-18, rue Jules-César
F-75592 Paris 12
<http://www.agirc-arrco.fr/>

Bezrobocie

Unedic
82, rue de Reuilly
F-75012 Paris
<http://www.unedic.org/>

Pôle emploi

Le Cinétic
1, avenue du Docteur Gley <http://www.pole-emploi.fr/>

Świadczenia rodzinne

Caisse nationale des allocations familiales
32, avenue de Sibelle
F-75685 Paris Cedex 14
<http://www.caf.fr/>

System zabezpieczenia społecznego dla osób prowadzących działalność na własny rachunek

RSI
264, avenue du Président Wilson
93457 La plaine Saint Denis cedex
<http://www.le-rsi.fr/>

Wolne zawody

CNAVPL
102, rue de Miromesnil
F-75008 Paris
<http://www.cnavpl.fr/>



System rolniczy (pracownicy najemni i osoby prowadzące działalność na własny rachunek) obejmujący wszystkie rodzaje ubezpieczeń oraz pobór składek

CCMSA

Les Mercuriales

40, rue Jean Jaurès

F-93547 Bagnolet Cedex

<http://www.msa.fr/>

Informacje na temat systemów specjalnych

<http://www.regimesspeciaux.org/>



Załącznik II: Specjalne nieskładkowe świadczenia pieniężne

Niektóre świadczenia zabezpieczenia społecznego, zwane „specjalnymi nieskładkowymi świadczeniami pieniężnymi”¹, 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 we Francji.

Specjalne świadczenia nieskładkowe we Francji są następujące:

- dodatkowe zasiłki wypłacane:
 - ze specjalnego funduszu inwalidzkiego; oraz
 - z funduszu solidarności z osobami starszymi w odniesieniu do praw nabytych;
(ustawa z dnia 30 czerwca 1956 r., skodyfikowana w księdze VIII kodeksu zabezpieczenia społecznego);
- zasiłek dla niepełnosprawnych osób dorosłych (ustawa z dnia 30 czerwca 1975 r., skodyfikowana w księdze VIII kodeksu zabezpieczenia społecznego);
- zasiłek specjalny (ustawa z dnia 10 lipca 1952 r., skodyfikowana w księdze VIII kodeksu zabezpieczenia społecznego) w odniesieniu do praw nabytych;
- zasiłek przyznawany w ramach solidarności z osobami starszymi (rozporządzenie z dnia 24 czerwca 2004 r., skodyfikowane w księdze VIII kodeksu zabezpieczenia społecznego) od dnia 1 stycznia 2006 r.

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