

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTALENIA PAŃSTWA WŁAŚCIWEGO DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH

(w przypadku przemieszczania się członków rodziny w granicach państw Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii)

Część I.

Dane osoby wypełniającej oświadczenie:

Imię i nazwisko Obywatelstwo Nr PESEL

Adres zamieszkania

Nr telefonu e-mail

Dane osoby przebywającej za granicą:

Imię i nazwisko Obywatelstwo Nr PESEL

Data i miejsce urodzenia Nr telefonu e-mail

Adres zamieszkania za granicą

Okres/y zamieszkiwania za granicą Polski od do, od do,
od do, od do

Nr ubezpieczenia społecznego / nr identyfikacyjny za granicą:

(Niemcy - **VSNR** (Versicherungsnnummer), Wielka Brytania - **NIN** (National Insurance Number), Holandia - **BSN**, Belgia - **NISS**, Norwegia - **frdselsnummer**, Dania - **CPR**)

Czy został złożony wniosek o świadczenia rodzinne poza granicami Polski?

Tak, w
(kraj)

Data złożenia wniosku: Nr sprawy w instytucja zagranicznej:

Nazwa i adres instytucji zagranicznej, w której złożono wniosek

Nie

Czy były lub są aktualnie pobierane świadczenia rodzinne poza granicami Polski?

Tak, były/są pobierane w
(kraj)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

Nie, nigdy nie były pobierane. Z jakiego powodu

Czy, w okresie pobytu członka rodziny za granicą, były lub aktualnie są pobierane świadczenia rodzinne w Polsce?

Tak, były/są pobierane świadczenia rodzinne w
nazwa instytucji

Nie, nigdy nie były pobierane i nadal nie są pobierane świadczenia rodzinne w Polsce.

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 kodeksu karnego - kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Miejscowość / Data

Czytelny podpis

Część II.

INFORMACJE O MIEJSCU I OKRESIE ZAMIESZKANIA WSZYSTKICH CZŁONKÓW RODZINY, w tym osoby przebywającej za granicą:

Imię i nazwisko wszystkich członków rodziny	Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby przebywającej za granicą	PESEL i nr dowodu osobistego	Kraj zamieszkania	Charakter pobytu - zarobkowy/zawodowy, stały, tymczasowy, turystyczny, leczniczy, związany z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami RP, inny - wpisać właściwy	Okres zamieszkania (dzień, miesiąc, rok)
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do

Adres zamieszkania ww. członków rodziny w Polsce

.....

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 kodeksu karnego - kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część III.

CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

<p><input type="checkbox"/> Zatrudnienie (umowa o pracę, kontrakt itp.)</p> <p>1. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p>2. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p>	<p>W okresie od do</p> <p>od do</p> <p>od do</p> <p>od do</p> <p>W okresie od do</p> <p>od do</p> <p>od do</p> <p>od do</p>
<p><input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą</p> <p><input type="checkbox"/> Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w Polsce</p> <p><input type="checkbox"/> Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w innym kraju (kraj)</p> <p>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w (kraj)</p>	<p>Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa:</p> <p><input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce</p> <p><input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca</p> <p>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Nazwa i adres pracodawcy:</p> <p>.....</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:</p> <p>(dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Okres oddelegowania:</p> <p>od do, od do</p> <p>od do, od do</p> <p>od do, od do</p> <p>od do, od do</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:</p> <p>(dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:</p> <p>a) w wyniku:</p> <p><input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> macierzyństwa <input type="checkbox"/> wypadku przy pracy</p> <p><input type="checkbox"/> choroby zawodowej <input type="checkbox"/> bezrobocia <i>o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia</i></p> <p>b) lub podczas</p> <p><input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku</p>	<p>Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia (dzień, miesiąc, rok)</p>

<p>c) lub</p> <p><input type="checkbox"/> urlopu bezpłatnego przeznaczonego na wychowywanie dziecka, o ile urlop ten uznawany jest za równoważny takiemu zatrudnieniu lub pracy na własny rachunek zgodnie z mającym zastosowanie ustawodawstwem</p>	
<p><input type="checkbox"/> Osoba pobierająca:</p> <p><input type="checkbox"/> emeryturę</p> <p><input type="checkbox"/> rentę</p>	<p>Data przyznania świadczenia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia wypłaty świadczenia (dzień, miesiąc, rok)</p>

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 kodeksu karnego - kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część IV.

MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ DOCHODU*, KTÓRY ZOSTAŁ UZYSKANY ZA GRANICĄ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pan/Pani uzyskał/a dochód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej z miesiąca następującego po miesiącu, w którym dochód został osiągnięty tj.:

- w miesiącu roku w wysokości:
(wysokość uzyskanego dochodu) (nazwa waluty)

- w miesiącu roku w wysokości:
(wysokość uzyskanego dochodu) (nazwa waluty)

* Dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 kodeksu karnego - kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część V.

STATUS W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ W POLSCE PANI/PANA

....., za okres pobytu członka rodziny za granicą:

właściwie proszę zaznaczyć (znak X)

<p><input type="checkbox"/> Zatrudnienie</p> <p>1. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę; <input type="checkbox"/> o dzieło; <input type="checkbox"/> zlecenie</p> <p>2. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę; <input type="checkbox"/> o dzieło; <input type="checkbox"/> zlecenie</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p>
---	---

<input type="checkbox"/> Osoba przebywa na urlopie wychowawczym Nazwa i adres pracodawcy	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek (pozarolnicza działalność gospodarcza)	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok) Data zawieszenia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca: <input type="checkbox"/> emeryturę <input type="checkbox"/> rentę <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS) <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy - po ustaniu zatrudnienia (ZUS) <input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński - po ustaniu zatrudnienia (ZUS)	Data przyznania świadczenia: (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia wypłaty świadczenia: (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników w zakresie emerytalno-rentowym oraz wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim jako: <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> rolnik (małżonek) <input type="checkbox"/> domownik KRUS w (miejscowość)	Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako: <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do (nazwa świadczenia) <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy. Powiatowy Urząd Pracy w (miejscowość)	Data rejestracji w PUP..... (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania z PUP..... (dzień, miesiąc, rok) Data uzyskania prawa do zasiłku (dzień, miesiąc, rok) Data utraty prawa do zasiłku (dzień, miesiąc, rok) Data uzyskania prawa do stypendium/stażu (dzień, miesiąc, rok) Data utraty prawa do stypendium/stażu (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca świadczenia opiekuńcze (tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna) w Polsce. Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprowadzane są składki emerytalno-rentowe: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Od dnia do dnia Opieka nad: Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa
<input type="checkbox"/> Osoba pozostająca w Polsce: - nie jest zatrudniona, - nie prowadzi działalności gospodarczej, - nie jest osobą ubezpieczającą się w KRUS, - nie pobiera zasiłku dla bezrobotnych.	Od dnia Do dnia

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 kodeksu karnego - kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis