

FORMULARZ
DLA POTRZEB USTALENIA USTAWODAWSTWA PAŃSTWA WŁAŚCIWEGO
DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

(w miejscach, w których wymagane jest podanie konkretnej daty, proszę wskazać **dzień, miesiąc, rok**)

Proszę zaznaczyć właściwe:

- Jestem osobą pod której opieką znajduje się dziecko/dzieci w Polsce
 Jestem osobą pracującą/przebywającą za granicą

CZĘŚĆ I

DANE RODZICA POZOSTAJĄCEGO NA TERENIE POLSKI Z DZIECKIEM/DZIEĆMI

Imię i nazwisko		.....
Adres zamieszkania		.....
PESEL	.....	Nr telefonu	.....
Status zawodowy w Polsce (proszę zaznaczyć właściwe):			
<input type="checkbox"/> Zatrudnienie <input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa zlecenia <input type="checkbox"/> umowa o dzieło		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> urlop macierzyński/tacierzyński <input type="checkbox"/> urlop wychowawczy		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> Zawieszenie działalności gospodarczej w celu sprawowania opieki nad dzieckiem		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> KRUS <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> rolnik (małżonek) <input type="checkbox"/> domownik		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Powiatowy Urząd Pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna z prawem do zasiłku <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku <input type="checkbox"/> osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca <input type="checkbox"/> emeryturę <input type="checkbox"/> rentę <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy (również po ustaniu zatrudnienia) <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (również po ustaniu zatrudnienia) <input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński (również po ustaniu zatrudnienia)		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca <input type="checkbox"/> świadczenie pielęgnacyjne <input type="checkbox"/> specjalny zasiłek opiekuńczy <input type="checkbox"/> zasiłek dla opiekuna		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba NIEAKTYWNA ZAWODOWO Osoba niepodlegająca w Polsce ubezpieczeniu społecznym (tj. emerytalnym, rentowemu) z żadnego z powyższych tytułów.		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)
		od dnia	do dnia
		(dzień, miesiąc, rok)	(dzień, miesiąc, rok)

Inne (proszę zaznaczyć, jeżeli dotyczy)	
<input type="checkbox"/> Osoba podlegająca ustawodawstwu innego państwa z tytułu otrzymywania zagranicznego odpowiednika świadczenia rentowego po zmarłym członku rodziny , tj.:	nazwa kraju i wypłacanego świadczenia od dnia (dzień, miesiąc, rok)

INFORMACJE O ZAMIESZKIWANIU RODZINY PODCZAS POBYTU JEDNEGO Z CZŁONKÓW RODZINY POZA GRANICAMI RP

Imię i nazwisko	Adres	Kraj zamieszkania (proszę podać nazwę kraju)	Okres zamieszkiwania
.....	od dnia
.....	od dnia
.....	od dnia
.....	od dnia
.....	od dnia
.....	od dnia
.....	od dnia
.....	od dnia

Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego – „kto składając zeznanie 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”.

Data **Podpis**

CZĘŚĆ II
DANE CZŁONKA RODZINY PRACUJĄCEGO (ZAMIESZKUJĄCEGO) POZA GRANICAMI RP

Imię i nazwisko	.....	
Adres zamieszkania w Polsce	.....	
Adres zamieszkania za granicą	.....	
PESEL	.....	Nr telefonu	.....
Stan cywilny	<input type="checkbox"/> żonaty <input type="checkbox"/> konkubinat <input type="checkbox"/> rozwiedziony/a <input type="checkbox"/> inny	od dnia (dzień, miesiąc, rok)	
Czy osoba przebywająca za granicą prowadzi(ła) wspólne gospodarstwo domowe z osobą wskazaną w części I formularza.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	od dnia (dzień, miesiąc, rok)	
Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia za granicą	VSNR (na terytorium Niemiec) NIN (na terytorium Wielkiej Brytanii) BSN (na terytorium Holandii) NISS (na terytorium Belgii) Fřdselsnummer (na terytorium Norwegii) CPR (na terytorium Danii) Inny (w przypadku podlegania ubezpieczeniom w pozostałych krajach)		
Nazwa kraju wykonywania pracy	.....	
Nazwa kraju, w którym osoba pracująca za granicą odprowadza podatek dochodowy	.....	
Okres zamieszkiwania poza granicami kraju	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)		
Charakter pobytu za granicą			
<input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> tymczasowy <input type="checkbox"/> turystyczny <input type="checkbox"/> inny (jaki)			
<input type="checkbox"/> Praca najemna (umowa/ kontrakt)	Nazwa i adres pracodawcy	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
	.....	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
	.....	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
	.....	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
	.....	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
	.....	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	

<input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza jest zarejestrowana w Polsce , ale praca wykonywana jest za granicą. Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez ZUS? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Okres wykonywania działalności gospodarczej: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> są odprowadzane w Polsce od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) <input type="checkbox"/> są odprowadzane za granicą od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) <input type="checkbox"/> nie są odprowadzane <hr/> <input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski , tj. w (nazwa kraju) Okres wykonywania działalności gospodarczej: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej: <input type="checkbox"/> są odprowadzane za granicą od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) <input type="checkbox"/> nie są odprowadzane
<input type="checkbox"/> Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa lub wykonujący pracę najemną w dwóch lub kilku państwach członkowskich	<input type="checkbox"/> Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce (zaświadczenie A1). Okres zatrudnienia u polskiego pracodawcy: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Okres oddelegowania/ wykonywania pracy poza granicami Polski: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) <hr/> <input type="checkbox"/> Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca . Okres zatrudnienia u polskiego pracodawcy: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Okres oddelegowania/ wykonywania pracy poza granicami Polski: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca	<input type="checkbox"/> emeryturę od dnia <input type="checkbox"/> rentę od dnia <input type="checkbox"/> świadczenia z tytułu choroby od dnia <input type="checkbox"/> świadczenia z tytułu bezrobocia od dnia <input type="checkbox"/> świadczenia z tytułu bezrobocia na terenie Niemiec: <input type="checkbox"/> SGB I od dnia <input type="checkbox"/> SGB II od dnia <input type="checkbox"/> ALG II od dnia <input type="checkbox"/> SGB III od dnia <input type="checkbox"/> świadczenie macierzyńskie od dnia

<input type="checkbox"/> Inny charakter pobytu	<input type="checkbox"/> przebywanie na płatnym urlopie od dnia <input type="checkbox"/> przebywanie na bezpłatnym urlopie przeznaczonym na wychowywanie dziecka <input type="checkbox"/> strajk/ lockout od dnia <input type="checkbox"/> pobyt w więzieniu od dnia <input type="checkbox"/> inny (jaki)
---	---

Dochód uzyskany poza granicami RP

1. *Jeżeli dochód zza granicy został uzyskany w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy:*

W roku dochód netto osiągnięty przez Pana/Panią
wyniósł w walucie

2. *Jeżeli dochód zza granicy został uzyskany po roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy, należy podać dochód za pierwszy pełny przepracowany miesiąc następujący po miesiącu, w którym rozpoczęto wykonywanie pracy poza granicami RP:*

W miesiącu dochód netto osiągnięty przez Pana/Panią
wyniósł w walucie

CZĘŚĆ III

INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAGRANICZNYCH ŚWIADCZEŃ NA DZIECKO/DZIECI

Czy został złożony wniosek o świadczenia na dziecko/dzieci poza granicami Polski?

tak
Data złożenia wniosku
Nazwa instytucji zagranicznej, w której złożono wniosek
Nr sprawy w instytucji zagranicznej

nie
Jaką decyzję w sprawie świadczeń na dziecko/dzieci wydała instytucja zagraniczna?
 przyznającą
 odmowną
 wniosek jest w trakcie rozpatrywania

**Czy świadczenia na dziecko/dzieci były lub aktualnie są pobierane poza granicami Polski?
W przypadku wypłaty świadczeń proszę wypełnić poniższe rubryki.**

imię i nazwisko dziecka	kwota	waluta	okres wypłaty
.....	od dnia do dnia
.....	od dnia do dnia
.....	od dnia do dnia
.....	od dnia do dnia
.....	od dnia do dnia
.....	od dnia do dnia

Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego – „kto składając zeznanie 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”.

Data **Podpis**