

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTALENIA PAŃSTWA WŁĄCZIWEGO DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH W TYM ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZEGO

(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** (Versicherung nummer), Wielka Brytania - **NIN** (National Insurance Number), Holandia – **BSN**, Belgia – **NISS**, Norwegia – **fødselsnummer**, Dania – **CPR**)

Czy został złożony wniosek o świadczenia rodzinne poza granicami Polski?

- Tak**, w
(kraj)
- Data złożenia wniosku:** **Nr sprawy w instytucji 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.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część II. INFORMACJE O MIEJSCU i OKRESIE ZAMIESZKANIA WSZYSTKICH CZŁONÓW RODZINY, w tym osoby przebywającej za granicą:

Imię i nazwisko (podać 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
		PESEL	Polska / inny kraj		od
		nr dowodu osobistego			do

Adres zamieszkania ww. członków rodziny w Polsce

.....

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część III. CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:

właściwie proszę zaznaczyć (znak X)

<p><input type="checkbox"/> Zatrudnienie (umowa o pracę, kontrakt itp.)</p> <p>1. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>2. Nazwa i adres pracodawcy</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 <i>kraj</i></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 <i>kraj</i></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><u>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Nazwa i adres pracodawcy:</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Okres oddelegowania: 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: (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 <u>o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia</u></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>

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

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
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.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część V. STATUS W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ W POLSCE PANI/PANA

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

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

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

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Pouczenie:

Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U.z 2018r.,poz.1600 z późn. zm.):
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.