

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)

Dane osoby wypełniającej oświadczenie:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Obywatelstwo Nr PESEL Nr i seria dowodu osobistego

Dane osoby przebywającej za granicą:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr telefonu

Adres zamieszkania za granicą

.....

Obywatelstwo Nr PESEL Nr i seria dowodu osobistego

Nr ubezpieczenia społecznego/ nr identyfikacyjny za granicą:

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

Czy został złożony wniosek o świadczenia rodzinne na terytorium innego państwa członkowskiego?

Tak, w
(kraj)

Data złożenia wniosku:

Nazwa i adres instytucji zagranicznej, w której złożono wniosek

Nie.

Czy były lub są aktualnie pobierane świadczenia rodzinne na terytorium innego państwa członkowskiego?

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.

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 zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

INFORMACJE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA RODZINY:

Imię i nazwisko	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			od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL			od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL			od
		nr dowodu osobistego			do
		PESEL			od
		nr dowodu osobistego			do

Adres zamieszkania ww. członków rodziny za granicą

.....

Adres zamieszkania ww. członków rodziny w Polsce

.....

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością 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 do lat 3.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

<input type="checkbox"/> Praca najemna Nazwa i adres pracodawcy	Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą <input type="checkbox"/> Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)

<p>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><input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w kraj</p> <p>* W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w Niemczech przed 01.05.2010 należy wskazać czy: Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej:</p> <p><input type="checkbox"/> nie były odprowadzane</p> <p><input type="checkbox"/> były odprowadzane od dnia</p>	<p>Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Praca sezonowa:</p> <p><input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne (w tym emerytalno-rentowe)</p> <p><input type="checkbox"/> pracodawca nie odprowadza składek na ubezpieczenia społeczne</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok):</p>	<p>Data zakończenia zatrudnienia (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 (formularz E101 oraz A1)</p> <p><input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Okres oddelegowania:</p> <p>Od dnia</p> <p>Do dnia</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia: (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</p> <p><input type="checkbox"/> macierzyństwa</p> <p><input type="checkbox"/> wypadku przy pracy</p> <p><input type="checkbox"/> choroby zawodowej</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobocia</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> lokautu</p> <p><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:</p> <p>..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia wypłaty świadczenia:</p> <p>..... (dzień, miesiąc, rok)</p>

Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością 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 do lat 3.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

STATUS W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ W POLSCE, za okres pobytu członka rodziny za granicą:

Imię i nazwisko osoby pozostającej w Polsce

Adres zamieszkania

Obywatelstwo Nr PESEL Nr i seria dowodu osobistego

Nr telefonu

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

<p><input type="checkbox"/> Praca najemna</p> <p>1. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa zlecenie</p> <p>2. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa zlecenie</p> <p>3. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa 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> <p>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> Osoba przebywa na urlopie wychowawczym</p>	<p>Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia (dzień, miesiąc, rok)</p>

<input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek	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	Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok): Data zakończenia ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok): 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,	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 pozostająca w Polsce nie jest zatrudniona ani 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 zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis