

**OŚWIADCZENIE NALEŻY WYPEŁNIAĆ CZYTELNICIE.
WYMAGANE JEST WYPEŁNIENIE KAŻDEJ Z CZTERECH CZĘŚCI FORMULARZA.**

Proszę zaznaczyć właściwe:

Jestem osobą pod której opieką znajduje się dziecko/dzieci w Polsce

Jestem osobą pracującą/przebywającą za granicą

**FORMULARZ DLA POTRZEB USTALENIA USTAWODAWSTWA PAŃSTWA
WŁAŚCIWEGO DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ**

CZĘŚĆ I

A) DANE RODZICA POZOSTAJĄCEGO NA TERENIE POLSKI Z DZIECKIEM/DZIEĆMI:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Nr telefonu

Wykonywanie pracy zarobkowej.

Tak – proszę wskazać dokładną datę zatrudnienia / rozpoczęcia działalności gospodarczej.

.....

Nie podlegam ubezpieczeniom społecznym z tytułu (pobierania zasiłku dla bezrobotnych, wykonywania pracy, zasiłku macierzyńskiego / tacierzyńskiego, zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia, urlopu wychowawczego, działalności gospodarczej, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego, zasiłku dla opiekuna, ubezpieczeniom społecznym jako osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem oraz **nie pobieram** zasiłku chorobowego (również po ustaniu zatrudnienia), świadczenia rehabilitacyjnego (również po ustaniu zatrudnienia), renty/emerytury.

Podlegam ubezpieczeniu społecznemu (emerytalnemu i rentowym) w KRUS.

Tak – proszę wskazać dokładną datę ubezpieczenia

Podlegam ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu i rentowym) w Polsce z innego tytułu.

.....

Podlegam ustawodawstwu innego państwa z tytułu otrzymywania zagranicznego odpowiednika świadczenia rentowego po zmarłym członku rodziny, tj.

Tak – nazwa kraju i świadczenia.....

Nie

B) ADRES POBYTU DZIECKA/DZIECI PODCZAS POBYTU CZŁONKA RODZINY POZA GRANICAMI RP

.....
(ulica, nr domu)

.....
(kod, miejscowość)

.....
(państwo)

.....
(od kiedy?)

CZEŚĆ II

DANE CZŁONKA RODZINY PRACUJĄCEGO (ZAMIESZKUJĄCEGO) POZA GRANICAMI RP:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Nr telefonu

Podlegam ubezpieczeniu społecznemu (emerytalnemu i rentowym) w KRUS.

Tak – proszę wskazać dokładną datę ubezpieczenia

Nie

Adres zamieszkania za granicą wraz z podaniem nazwy państwa.

.....
(ulica, nr domu) (kod, miejscowość) (państwo)

Charakter pobytu.

Stały

Turystyczny

Tymczasowy

Inny (jaki?))

Okres zamieszkiwania poza granicami kraju podczas wykonywania pracy poza granicami RP:

Data początkowa zamieszkania (dzień – miesiąc - rok):

Data końcowa zamieszkania (dzień – miesiąc - rok):

Nazwa kraju, w którym osoba pracująca za granicą odprowadza podatek dochodowy

Stan cywilny.

Żonaty/zamężna od dnia

Konkubinat od dnia

Rozwiedziony/rozwiedziona od dnia

Inny

Czy osoba przebywająca za granicą prowadzi(ła) wspólne gospodarstwo domowe z osobą wskazaną w CZEŚCI I A:

Tak - proszę wskazać okres prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego

Nie

Numer ubezpieczenia/identyfikacyjny za granicą (ubezpieczenie społeczne).

Numer VSNR – Versicherung nummer (na terytorium Niemiec)

Numer NI (National Insurance Number) (na terytorium Wielkiej Brytanii)

Numer BSN (na terytorium Holandii).....

Numer NISS (na terytorium Belgii)

Numer frdselsnummer (na terytorium Norwegii)

Numer CPR (na terytorium Danii)

Inny (w przypadku podlegania ubezpieczeniom społ. w pozostałych krajach)

CZEŚĆ III

CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ

<p><input type="checkbox"/> Praca najemna (wszystkie okresy zatrudnienia)</p> <p>Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Data początkowa zatrudnienia</p> <p>.....</p> <p>(dzień – miesiąc - rok)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Data końcowa zatrudnienia</p> <p>.....</p> <p>(dzień – miesiąc - rok)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza jest zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana jest za granicą.</p> <p>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez jednostkę ZUS?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski, tj. w</p> <p>.....</p>	<p>Data rozpoczęcia działalności gospodarczej.</p> <p>.....</p> <p>(dzień – miesiąc - rok)</p> <p>Data zakończenia działalności gospodarczej.</p> <p>.....</p> <p>(dzień – miesiąc - rok)</p>	<p>Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej:</p> <p><input type="checkbox"/> Są odprowadzane w Polsce od dnia</p> <p>.....</p> <p>(dzień-miesiąc-rok)</p> <p><input type="checkbox"/> Są odprowadzane za granicą od dnia</p> <p>.....</p> <p>(dzień-miesiąc-rok)</p> <p><input type="checkbox"/> Nie są odprowadzane.</p>

<input type="checkbox"/> Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa: <input type="checkbox"/> Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce (formularz E101 lub A1). <input type="checkbox"/> Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca.	Okres zatrudnienia u polskiego pracodawcy: Data rozpoczęcia zatrudnienia. <i>(dzień – miesiąc - rok)</i> Data zakończenia zatrudnienia. <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>	Okres oddelegowania: od dnia <i>(dzień – miesiąc - rok)</i> do dnia <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca: <input type="checkbox"/> Emeryturę <input type="checkbox"/> Rentę <input type="checkbox"/> Świadczenia z tytułu bezrobocia (nazwa świadczenia:) <input type="checkbox"/> Świadczenia z tytułu bezrobocia na terenie Niemiec: <input type="checkbox"/> SGB I <input type="checkbox"/> SGB II <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/> SGB III	Data przyznania świadczenia. <i>(dzień – miesiąc - rok)</i> Data zakończenia wypłaty świadczenia. <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>	
<input type="checkbox"/> Osoba pozostająca w stosunku pracy pobierająca świadczenia: <input type="checkbox"/> W wyniku choroby <input type="checkbox"/> Macierzyństwa <input type="checkbox"/> Choroby zawodowej	Data przyznania świadczenia. <i>(dzień – miesiąc - rok)</i> Data zakończenia wypłaty świadczenia. <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>	
Inny charakter pobytu: <input type="checkbox"/> Przebywanie na płatnym urlopie <input type="checkbox"/> Przebywanie na bezpłatnym urlopie przeznaczonym na wychowywanie dziecka <input type="checkbox"/> Strajk <input type="checkbox"/> Lokaut <input type="checkbox"/> Inny (jaki?)		

CZĘŚĆ IV**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

 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.****Świadczenia zagraniczne**

Imię i nazwisko dziecka	Kwota	Waluta	Okres wypłaty
			od - do
			od - do
			od - do
			od - do
			od - do
			od - do
			od - do
			od - do

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

CZYTELNY PODPIS