

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTALENIA PAŃSTWA WŁAŚCIWEGO 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 - **VS**NR (Versicherungsnummer), 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.

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Miejscowość / Data

Czytelny podpis

Część II.

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

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

Adres zamieszkania ww. członków rodziny w Polsce

.....

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

Miejscowość / Data

Czytelny podpis

Część III.

CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

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

<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>

Oświadczam, że jestem świadomy/a 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/a 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)

<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>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</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>

<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

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Pouczenie:

Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny:

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.