

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

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	.....
<b>Status zawodowy w Polsce (proszę zaznaczyć właściwe):</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Zatrudnienie</b> <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"/> <b>Działalność gospodarcza</b> <input type="checkbox"/> <b>Zawieszenie działalności gospodarczej</b> 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"/> <b>KRUS (osoba podlegająca ubezpieczeniom społecznym, tj. emerytalnemu i rentowym)</b> <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"/> <b>Powiatowy Urząd Pracy</b> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <b>z prawem</b> do zasiłku <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <b>bez prawa</b> do zasiłku <input type="checkbox"/> osoba <b>pobierająca stypendium</b> 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"/> <b>Osoba pobierająca</b> <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"/> <b>Osoba pobierająca</b> <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"/> <b>Osoba NIEAKTYWNA ZAWODOWO</b> Osoba niepodlegająca w Polsce ubezpieczeniom społecznym (tj. emerytalnemu, rentowym) 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)

<b>Inne</b> (proszę zaznaczyć, jeżeli dotyczy)	
<input type="checkbox"/> Osoba podlegająca ustawodawstwu innego państwa z tytułu otrzymywania <b>zagranicznego odpowiednika świadczenia rentowego po zmarłym członku rodziny</b> , 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)	
<b>Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia za granicą</b>	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) .....		
<b>Nazwa kraju wykonywania pracy</b>	.....		
<b>Nazwa kraju, w którym osoba pracująca za granicą odprowadza podatek dochodowy</b>	.....		
<b>Okres zamieszkiwania poza granicami kraju</b>	od dnia ..... do dnia ..... (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia ..... do dnia ..... (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)		
<b>Charakter pobytu za granicą</b>			
<input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> tymczasowy <input type="checkbox"/> turystyczny <input type="checkbox"/> inny (jaki) .....			
<input type="checkbox"/> <b>Praca najemna (umowa/ kontrakt)</b>	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)	

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