

**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.

*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 od 6 miesięcy do lat 8.*

.....  
Miejscowość / Data

.....  
Czytelny podpis

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

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

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 od 6 miesięcy do lat 8.*

.....  
Miejscowość / Data

.....  
Czytelny podpis

**Część III. CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:**

właściwie proszę zaznaczyć (znak X)

<p><input type="checkbox"/> <b>Zatrudnienie</b> (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"/> <b>Praca na własny rachunek</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą</b></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 .....</p> <p style="text-align: center;"><i>kraj</i></p> <p><b>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w .....</b></p> <p style="text-align: center;"><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"/> <b>Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa:</b></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><b><u>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><b>Nazwa i adres pracodawcy:</b> .....</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"/> <b>Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:</b></p> <p><b>a) w wyniku:</b></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>b) lub podczas</b></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>

<p><b>c) lub</b></p> <p><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</p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba pobierająca:</b></p> <p><input type="checkbox"/> emeryturę</p> <p><input type="checkbox"/> rentę</p>	<p>Data przyznania świadczenia: .....</p> <p style="text-align: right;">(dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia wypłaty świadczenia: .....</p> <p style="text-align: right;">(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 od 6 miesięcy do lat 8.*

.....  
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.

*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 od 6 miesięcy do lat 8.*

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

<input type="checkbox"/> <b>Osoba przebywa na urlopie wychowawczym</b> Nazwa i adres pracodawcy .....	Data rozpoczęcia ..... (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia ..... (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> <b>Praca na własny rachunek</b> (pozarolnicza działalność gospodarcza)	Data rozpoczęcia ..... (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania ..... (dzień, miesiąc, rok) Data zawieszenia ..... (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pobierająca:</b> <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"/> <b>Osoba podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników w zakresie emerytalno-rentowym oraz wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim jako:</b> <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> rolnik (małżonek) <input type="checkbox"/> domownik <b>KRUS w</b> ..... miejsowość	Data rozpoczęcia ubezpieczenia ..... (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia ubezpieczenia ..... (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> <b>Osoba zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako:</b> <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>bez</b> prawa do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>z prawem</b> do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do ..... ..... (nazwa świadczenia) <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy, <b>Powiatowy Urząd Pracy w</b> ..... 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"/> <b>Osoba pobierająca świadczenia opiekuńcze</b> (tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna) <b>w Polsce.</b> <b>Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprowadzane są składki emerytalno-rentowe :</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Od dnia ..... do dnia ..... Opieka nad: ..... <b>Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa</b>
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pozostająca w Polsce:</b> – nie jest zatrudniona, – 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 od 6 miesięcy do lat 8.*

.....  
Miejscowość / Data

.....  
Czytelny podpis