

**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.

**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 Insurence Number) (na terytorium Wielkiej Brytanii) .....



<input type="checkbox"/> <b>Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa:</b>  <input type="checkbox"/> Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do <b>Zakładu Ubezpieczeń Społecznych</b> w Polsce (formularz E101 lub A1).  <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>  <b>Data rozpoczęcia zatrudnienia.</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>  <b>Data zakończenia zatrudnienia.</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>	<b>Okres oddelegowania:</b>  <b>od dnia</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>  <b>do dnia</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pobierająca:</b> <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	<b>Data przyznania świadczenia.</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>  <b>Data zakończenia wypłaty świadczenia.</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pozostająca w stosunku pracy pobierająca świadczenia:</b>  <input type="checkbox"/> W wyniku choroby <input type="checkbox"/> Macierzyństwa <input type="checkbox"/> Choroby zawodowej	<b>Data przyznania świadczenia.</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>  <b>Data zakończenia wypłaty świadczenia.</b> ..... <i>(dzień – miesiąc - rok)</i>	
<b>Inny charakter pobytu:</b> <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**

<b>Imię i nazwisko dziecka</b>	<b>Kwota</b>	<b>Waluta</b>	<b>Okres wypłaty</b>
			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 .....