

**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 - **VSNR** (Versicherung nummer), Wielka Brytania - **NIN** (National Insurence Number), Holandia – **BSN**, Belgia – **NISS**, Norwegia – **fřrdsel-snummer**, 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.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Miejscowość / Data

.....  
Czytelny podpis

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

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

Adres zamieszkania ww. członków rodziny w Polsce

.....  
Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
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 <b>w Polsce</b></p> <p><input type="checkbox"/> Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane <b>w innym kraju</b> ..... <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> ..... <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 <b>w Polsce</b></p> <p><input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca</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><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</b></p>	

<b>zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:</b> <b>a) w wyniku:</b> <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>b) lub podczas</b> <input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku <b>c) lub</b> <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	Data rozpoczęcia ..... (dzień, miesiąc, rok)  Data zakończenia ..... (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pobierająca:</b> <input type="checkbox"/> emeryturę  <input type="checkbox"/> rentę	Data przyznania świadczenia: ..... (dzień, miesiąc, rok)  Data zakończenia wypłaty świadczenia: ..... (dzień, miesiąc, rok)

Oświadczam, że jestem świadomy 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 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)

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

<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>
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba przebywa na urlopie wychowawczym</b></p> <p>Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p>	<p>Data rozpoczęcia ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia ..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Praca na własny rachunek</b> (pozarolnicza działalność gospodarcza)</p>	<p>Data rozpoczęcia ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data wyrejestrowania..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zawieszenia ..... ..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba pobierająca:</b></p> <p><input type="checkbox"/> emeryturę <input type="checkbox"/> rentę</p> <p><input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS)</p> <p><input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy - po ustaniu zatrudnienia (ZUS)</p> <p><input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński - po ustaniu zatrudnienia (ZUS)</p>	<p>Data przyznania świadczenia:</p> <p>..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia wypłaty świadczenia:</p> <p>..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników w zakresie emerytalno-rentowym oraz wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim jako:</b></p> <p><input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> rolnik (małżonek) <input type="checkbox"/> domownik</p> <p><b>KRUS w</b> ..... ..... miejsowość</p>	<p>Data rozpoczęcia ubezpieczenia ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia ubezpieczenia ..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>bez</b> prawa do zasiłku dla bezrobotnych,</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>z prawem</b> do zasiłku dla bezrobotnych,</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do .....</p> <p>..... (nazwa świadczenia)</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy,</p> <p><b>Powiatowy Urząd Pracy w</b> ..... ..... miejsowość</p>	<p>Data rejestracji w PUP ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data wyrejestrowania z PUP ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data uzyskania prawa do zasiłku ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data utraty prawa do zasiłku ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data uzyskania prawa do stypendium/stażu ..... (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data utraty prawa do stypendium/stażu ..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba pobierająca świadczenia opiekuńcze</b> (tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna) <b>w Polsce.</b></p> <p><b>Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprowadzane są składki emerytalno-rentowe :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Od dnia .....</p> <p>do dnia .....</p> <p>Opieka nad: ..... <b>Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Osoba pozostająca w Polsce:</b></p> <p>– nie jest zatrudniona,</p> <p>– nie prowadzi działalności gospodarczej,</p> <p>– nie jest osobą ubezpieczającą się w KRUS,</p>	<p>Od dnia .....</p>

– nie pobiera zasiłku dla bezrobotnych.

Do dnia .....

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Miejscowość / Data

.....  
Czytelny podpis

### **Pouczenie:**

**Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny ( Dz. U. z 2017r.,poz.2204 ze zm.):**

**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.**