ANKIETA KOORDYNACYJNA

CZĘŚĆ 1. DOTYCZY OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ W POLSCE

WYPEŁNIJ TYLKO TĄ CZĘŚĆ, KTÓRA CIEBIE DOTYCZY

Imię i nazwisko …… Obywatelstwo …… .Nr PESEL……

Adres zamieszkania ……

Nr telefonu …… E-mail……

CZĘŚĆ 1 A
BEZ TYTUŁU ODPROWADZANIASKŁADEK SPOŁECZNYCH

Osoba pozostająca w Polsce nie podlega żadnej z form ubezpieczenia społecznego wymienionych poniżej (CZĘŚĆ 1 B - CZĘŚĆ 1 I)	Od dnia…… Do dnia……

CZĘŚĆ 1 B
ZATRUDNIENIE

1. Nazwa i adres pracodawcy …… □ umowa o pracę; □ o dzieło; □ zlecenie	Data rozpoczęcia zatrudnienia ……(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia zatrudnienia ……(dzień, miesiąc, rok)
2. Nazwa i adres pracodawcy …… □ umowa o pracę; □ o dzieło; □ zlecenie	Data rozpoczęcia zatrudnienia ……(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia zatrudnienia ……(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 C
OSOBA PRZEBYWA NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM

Nazwa i adres pracodawcy ……	Data rozpoczęcia ……(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia ……(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 D
PRACA NA WŁASNY RACHUNEK
(pozarolnicza działalność gospodarcza)

Data rozpoczęcia ……(dzień, miesiąc, rok)

Data wyrejestrowania……(dzień, miesiąc, rok)

Data zawieszenia ……(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 E
OSOBA PODLEGA UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU ROLNIKÓW W ZAKRESIE EMERYTALNO-RENTOWYM ORAZ WYPADKOWYM, CHOROBOWYM I MACIERZYŃSKIM JAKO:

□ **rolnik** □ **rolnik (małżonek)** □ **domownik** **KRUS w**……..miejscowość	Data rozpoczęcia ubezpieczenia ……(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia ubezpieczenia ……(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 F

OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS

☐ emerytura ☐ renta ☐ świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS) ☐ zasiłek chorobowy – po ustaniu zatrudnienia (ZUS) ☐ zasiłek macierzyński – po ustaniu zatrudnienia (ZUS)	Data przyznania świadczenia: ……(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia wypłaty świadczenia: ……(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 G

OSOBA ZAREJESTROWANA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY JAKO:

☐ Osoba bezrobotna **bez** prawa do zasiłku dla bezrobotnych, ☐ Osoba bezrobotna **z prawem** do zasiłku dla bezrobotnych, ☐ Osoba bezrobotna z prawem do .....(nazwa świadczenia) ☐ 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)**

CZĘŚĆ 1 H

OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE W POLSCE

(tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna)

Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprowadzane są składki emerytalno-rentowe : ☐ **Tak** ☐ **Nie**	Od dnia ……..……..do dnia ……..…… Opieka nad:…… **Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa**

CZĘŚĆ 1 I

CUDZOZIEMCY ZAMIESZKUJĄCY W POLSCE

czy za granicą:

1) pobierane są:

— **RENTA / EMERYTURA**

❑ **TAK,** w okresie od……do…….

❑ **NIE**

— **ŚWIADCZENIA SOCJALNE**

❑ **TAK,** w okresie od……do…….

❑ **NIE**

2) opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne

❑ **TAK,** w okresie od……do…….

❑ **NIE**

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

…… Miejscowość / Data

…… Czytelny podpis

CZĘŚĆ 2. DOTYCZY OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ ZA GRANICĄ

WYPEŁNIJ TYLKO TĄ CZĘŚĆ, KTÓRA CIEBIE DOTYCZY

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), Wielkia Brytania - **NIN** (National Insurence Number), Holandia – **BSN,** Belgia **– NISS,** Norwegia – **fŕdselsnummer,** Dania **– CPR, INNY KRAJ**_____**)**

WYBIERZ KRAJ POBYTU: Państwa Członkowskie Unii Europejskiej: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania (z wyjątkiem Grenlandii i Wysp Faro), Estonia, Finlandia, Francja (wraz z obszarem Reunion, Martyniki, Gwadelupy i Gujany Francuskiej), Grecja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Holandia, Polska, Portugalia (w tym Madera i Azory), Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy, Wielka Brytania wraz z Gibraltarem do czasu wyjścia z Unii Europejskiej (zasady nie obowiązują natomiast na Wyspie Man i Wyspach Normandzkich). **Państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego**: Islandia, Lichtenstein i Norwegia. **Konfederacja Szwajcarska**

CZĘŚĆ 2 A
ZATRUDNIENIE
(umowa o pracę, kontrakt itp.)

1. Nazwa i adres pracodawcy ……..	W okresie od ……..…….. do …….. od ……..…….. do ……...
2. Nazwa i adres pracodawcy ……..	W okresie od ……..…….. do …….. od ……..…….. do ……...

CZĘŚĆ 2 B
PRACOWNIK DELEGOWANY

Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa:
pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych **w Polsce / w innym kraju** .....kraj

Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS

☐ **Tak** ☐ **Nie**

Nazwa i adres pracodawcy:

……

Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?

NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1

Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:

……**(dzień, miesiąc, rok)**

Data zakończenia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:

……**(dzień, miesiąc, rok)**

Okres oddelegowania:

od ……..…….. do ……..……

od ……..…….. do ……..……

od ……..…….. do ……..……

☐ **Tak** ☐ **Nie**

CZĘŚĆ 2 C
DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

❑ **Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą**	Data rozpoczęcia ……(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania ……(dzień, miesiąc, rok) Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane **w Polsce / w innym kraju** ……kraj
❑ **Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?**	❑ **TAK,** na okres od……..……..do…… **NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1** ❑ **NIE**
❑ **Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?**	❑ **TAK** ❑ **NIE**
❑ **Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w ……*kraj***	Data rozpoczęcia ……(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania ……(dzień, miesiąc, rok)
❑ **Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:** **2) w wyniku:** ❑ choroby ❑ macierzyństwa ❑ wypadku przy pracy ❑ choroby zawodowej ❑ bezrobocia *o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia* **3) lub podczas** ❑ urlopu płatnego ❑ lokautu ❑ strajku **4) lub** ❑ 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)

CZĘŚĆ 2 D
OSOBA WYKONUJĄCA PRACĘ NA KONTRAKCIE JAKO MARYNARZ

bandera……

pracodawca / armator(adres)……

Czy są odprowadzane składki i podatki?	❑ **TAK,** składki i podatki są odprowadzane w……(kraj) ❑ **NIE**

CZĘŚĆ 2 E
INNE ŚWIADCZENIA POBIERANE Z ZAGRANICY

❑ emerytura ❑ renta ❑ zasiłek dla bezrobotnych ❑ zasiłek macierzyński ❑ świadczenie z tytułu choroby ❑ lokaut/strajk	Data przyznania świadczenia……..……... Data zakończenia wypłaty świadczenia:……
❑ pobyt w więzieniu	Od …… Do……

CZĘŚĆ 2 F
OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS

❑ emerytura ❑ renta ❑ zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia ❑ świadczenie rehabilitacyjne po ustaniu zatrudnienia	Data przyznania świadczenia……..……... Data zakończenia wypłaty świadczenia:……

CZĘŚĆ 3 – CZĘŚĆ DOTYCZĄCA ŚWIADCZEŃ W POLSCE I ZA GRANICĄ

Wypełnienie tej części formularza informuje nas o ewentualnej możliwości wypłaty dodatku dyferencyjnego

1) 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

……

— jaka decyzja – przyznająca, odmowna, w trakcie realizacji

❑ **NIE**

2) 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 – np. miesięcznie/kwartalnie)

— na dziecko ..... od ..... do ..... w wysokości

.....,(Kwota / Waluta /Częstotliwość – np. miesięcznie/kwartalnie)

— na dziecko ..... od ..... do ..... w wysokości

.....,(Kwota / Waluta /Częstotliwość– np. miesięcznie/kwartalnie)

❑ **NIE,** nigdy nie były pobierane. **Z jakiego powodu?**

……..

NALEŻY DOŁACZYĆ KOPIE DECYZJI ZAGRANICZNEJ

3) 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 4 – MIESIĘCZNA / BAZOWA WYSOKOŚĆ DOCHODU*, KTÓRY ZOSTAŁ UZYSKANY ZA GRANICĄ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dotyczy wniosków z kryterium dochodowym

Pan/Pani ……..……uzyskał/a dochód poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej

z miesiąca następującego po miesiącu, w którym dochód został osiągnięty** tj.:

- w miesiącu ..…….……. roku w wysokości: .....(netto w walucie uzyskanej)

- w miesiącu ..…….……. roku w wysokości: .....(netto w walucie uzyskanej)

** **przykładowo, jeżeli podjęto pracę w dniu 15.05.2018 r., należy podać dochód za miesiąc czerwiec 2018 r.**

DOCHÓD NALEŻY PODAĆ W WALUCIE OBCEJ BEZ PRZELICZANIA NA PLN

Pan/Pani ……..……..……..uzyskał/a dochód poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej w **roku bazowym** (jeśli dochód za granicą był już w roku bazowym)

Od …… (miesiąc, rok) do …… (miesiąc, rok)

w wysokości: ..... (wysokość uzyskanego dochodu netto w walucie uzyskanej)

* **dochody netto uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej to dochody 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

NAJCZĘŚCIEJ WYMAGANE DOKUMENTY (w zależności od sytuacji – obowiązkowo dołącz właściwy dokument do wypełnionego formularza na potrzeby koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego)

- Zaświadczenie A1 z ZUS (pracownicy delegowani)
- Zaświadczenie o przebywaniu na urlopie wychowawczym
- Zaświadczenie o przebywaniu na urlopie macierzyńskim
- Zaświadczenie o przebywaniu na urlopie bezpłatnym
- Decyzja z PUP – dot. osób zarejestrowanych jako osoby bezrobotne (z prawem / bez prawa do zasiłku)
- Kontrakty / umowy podjęcia zatrudnienia
- Oświadczenia potwierdzające dochód (w zależności od sytuacji)
- Zaświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników w KRUS
- Zaświadczenie o pobieraniu zasiłku chorobowego z ZUS
- Zaświadczenie o pobieraniu świadczenia rehabilitacyjnego z ZUS
- Kopie decyzji dotyczących rent / emerytur

Pouczenie:
Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz.383)
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.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Pomorski z siedzibą w Gdańsku (ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk).

2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych adres e-mail: iod@gdansk.uw.gov.pl

3. Cel przetwarzania danych - realizacja zadań z zakresu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w celu prowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania decyzji i informacji czy ustalania ustawodawstwa właściwego mającego pierwszeństwo, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z przepisami z obszaru koordynacji świadczeń[1] oraz ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

4. Organ przetwarza dane identyfikacyjne, adresowe, dane dotyczące sytuacji rodzinnej, zawodowej, zdrowotnej, dochodowej oraz statusu ubezpieczeniowego.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, w tym właściwe organy i instytucje państw trzecich[2] oraz podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora na mocy odrębnych umów.

Przekazywanie danych osobowych do państw trzecich odbywa się na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony, zgodnie z art. 45 RODO.

6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu postępowania, a następnie przez okres archiwizacji określony w jednolitym rzeczowym wykazie akt (JRWA) właściwym dla danej kategorii sprawy, tj. przez 10 lat. Natomiast w odniesieniu do świadczeń wynikających z ustawy o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka – „Aktywny rodzic", tj. świadczenie „aktywni rodzice w pracy" oraz świadczenie „aktywnie w domu" dane osobowe będą przechowywane przez 5 lat.

7. Posiada Pani/Pan prawo do:

1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO);
2) sprostowania (poprawiania) danych (art. 16 RODO);
3) ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO);

[1] - ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
- ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
- ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci
- ustawy z dnia 17 września 2021 r. o zmianie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci oraz niektórych innych ustaw
- ustawy z dnia 04. Listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"
- ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym w związku z przepisami przejściowymi wynikającymi z ustawy o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowywaniu dziecka – „aktywny rodzic" (w ujęciu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego)
- ustawy z dnia 15 stycznia 2024 r. o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowywaniu dziecka – „aktywny rodzic"
- ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego
- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r.

[2] Szwajcaria i Wielka Brytania.

4) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wskazane prawa mogą być realizowane w zakresie i na zasadach określonych w RODO, po spełnieniu przesłanek przewidzianych dla danego prawa.

8. Dane mogą pochodzić bezpośrednio od Pani/Pana lub od instytucji publicznych, pracodawców czy też właściwych instytucji ds. świadczeń rodzinnych objętych przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (np. MOPS, ZUS, KRUS, PUP, pracodawcy krajowi).

9. Podanie danych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych skutkować może brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku lub pozostawieniem sprawy bez rozpoznania.

10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.