

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

Data rozpoczęcia zatrudnienia

.....(dzień, miesiąc, rok)

umowa o pracę; o dzieło; zlecenie

Data zakończenia zatrudnienia(dzień, miesiąc, rok)

2. Nazwa i adres pracodawcy

Data rozpoczęcia zatrudnienia(dzień, miesiąc, rok)

umowa o pracę; o dzieło; zlecenie

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, CHOROBYM I MACIERZYŃSKIM JAKO:

rolnik rolnik (małżonek) domownik

Data rozpoczęcia ubezpieczenia

.....(dzień, miesiąc, rok)

KRUS w.....miejsowość

Data zakończenia ubezpieczenia

.....(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 F**OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS**

<input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta <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)
---	---

CZĘŚĆ 1 G**OSOBA ZAREJESTROWANA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY JAKO:**

<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do(nazwa świadczenia) <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy, Powiatowy Urząd Pracy wmiejsowość	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 : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Od dniado 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), Wielka Brytania - **NIN** (National Insurance Number), Holandia – **BSN**, Belgia – **NISS**,
Norwegia – **frdselsnummer**, 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

<input type="checkbox"/> 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 krajukraj
<input type="checkbox"/> Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?	<input type="checkbox"/> TAK , na okres od.....do..... NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1 <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski wkraj	Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania(dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek: 2) w wyniku: <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> 3) lub podczas <input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku 4) lub <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)

CZĘŚĆ 2 D

OSOBA WYKONUJĄCA PRACĘ NA KONTRAKCIE JAKO MARYNARZ

bandera.....	
pracodawca / armator(adres).....	
Czy są odprowadzane składki i podatki?	<input type="checkbox"/> TAK , składki i podatki są odprowadzane w.....(kraj) <input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ 2 E

INNE ŚWIADCZENIA POBIERANE Z ZAGRANICY

<input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych <input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński <input type="checkbox"/> świadczenie z tytułu choroby <input type="checkbox"/> lokaut/strajk	Data przyznania świadczenia..... Data zakończenia wypłaty świadczenia:.....
<input type="checkbox"/> pobyt w więzieniu	Od Do.....

CZĘŚĆ 2 F

OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS

<input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia <input type="checkbox"/> 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 DOŁĄCZYĆ 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/Paniuzyskał/a dochód poza granicami Rzeczypospolitej 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/Paniuzyskał/a dochód poza granicami Rzeczypospolitej 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.

WYDZIAŁ KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ

<https://www.gov.pl/web/uw-pomorski/wydzial-koordynacji-swiadczen3>, e-mail: wks@gdansk.uw.gov.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wypełniając obowiązek określony w 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) (dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Pomorski z siedzibą w Gdańsku przy ul. Okopowej 21/27, 80-810 Gdańsk, zwany dalej Administratorem,
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku: e-mail: iod@gdansk.uw.gov.pl,
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z art. 14 ust. 1 ustawy o pomocy państwa w wychowaniu dzieci, art. 29 ust. 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych, art. 77 i 78 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz art. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. Dane przetwarzane są w celu realizacji zadań w ramach obszarów zabezpieczenia społecznego w zakresie wyznaczonym przez następujące akty prawne:
 - a. ustawa z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 323);
 - b. ustawa z dnia 11.02.2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1576 - w brzmieniu sprzed 01.01.2022 r.);
 - c. ustawa z dnia 04.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1829);
 - d. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz.UE.L 2004 Nr 166, str. 1);
 - e. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz.UE.L 2009 Nr 284, str. 1);
 - f. kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14.06.1960 r. (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 572 ze zm.).
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty, z którymi Administrator na mocy odrębnych umów jest upoważniony do przetwarzania danych (np. w zakresie obsługi informatycznej: Sygnity S.A. ul. Kapelanka 42B, 30-347 Kraków w ramach umowy powierzenia przetwarzania danych) oraz w przypadkach przewidzianych przepisami prawa.
5. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji ww. celu oraz prawnie określony okres archiwizacyjny ustalony zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

6. Administrator w ramach realizacji ww. celu nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego, czyli poza obszar EOG (obejmujący swym zasięgiem: Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7. Może Pani/Pan złożyć do Administratora wnioski dotyczące danych osobowych o:
 - sprostowanie / poprawienie danych osobowych (art. 16 RODO);
 - ograniczenie przetwarzania danych osobowych, tj. wstrzymanie operacji na danych osobowych lub nieusuwanie danych – stosownie do złożonego wniosku na zasadach określonych w art. 18 RODO;
 - dostęp do danych osobowych (o informację o przetwarzanych przez tut. organ danych oraz o kopię danych – art. 15 RODO);

Aby skorzystać z powyższych praw, może Pani/Pan skontaktować się bezpośrednio z naszym Inspektorem ochrony danych.

8. Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
9. Pani/Pana dane pozyskujemy bezpośrednio od Pana/Pani, od Ośrodków Pomocy Społecznej, ZUS, KRUS, Powiatowych Urzędów Pracy oraz od Pana/Pani pracodawcy.
10. Podanie danych jest wymogiem ustawowym (pkt 3 klauzuli) i jest Pani/Pan zobowiązana/y podać dane osobowe. Niepodanie danych może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami, w tym pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.