

FORMULARZ
DLA POTRZEB USTALENIA USTAWODAWSTWA PAŃSTWA WŁAŚCIWEGO
DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

- Proszę zaznaczyć właściwe:
- ☐ Jestem osobą pod której opieką znajduje się dziecko/dzieci w Polsce
 - ☐ Jestem osobą pracującą/przebywającą za granicą

CZĘŚĆ I
DANE RODZICA POZOSTAJĄCEGO NA TERENIE POLSKI Z DZIECKIEM/DZIEĆMI

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
PESEL		Nr telefonu	
Status zawodowy w Polsce (proszę zaznaczyć właściwe):			
☐ Zatrudnienie ☐ umowa o pracę ☐ umowa zlecenia ☐ umowa o dzieło		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ urlop macierzyński/tacierzyński ☐ urlop wychowawczy		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ Działalność gospodarcza ☐ Zawieszenie działalności gospodarczej w celu sprawowania opieki nad dzieckiem		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ KRUS (osoba podlegająca ubezpieczeniom społecznym, tj. emerytalnemu i rentowym) ☐ rolnik ☐ rolnik (małżonek) ☐ domownik		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ Powiatowy Urząd Pracy ☐ osoba bezrobotna z prawem do zasiłku ☐ osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku ☐ osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ Osoba pobierająca ☐ emeryturę ☐ rentę ☐ zasiłek chorobowy (również po ustaniu zatrudnienia) ☐ świadczenie rehabilitacyjne (również po ustaniu zatrudnienia) ☐ zasiłek macierzyński (również po ustaniu zatrudnienia)		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ Osoba pobierająca ☐ świadczenie pielęgnacyjne ☐ specjalny zasiłek opiekuńczy ☐ zasiłek dla opiekuna		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
☐ Osoba NIEAKTYWNA ZAWODOWO Osoba niepodlegająca w Polsce ubezpieczeniom społecznym (tj. emerytalnemu, rentowym) z żadnego z powyższych tytułów.		od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dniado dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	

Inne (proszę zaznaczyć, jeżeli dotyczy)	
☐ Osoba podlegająca ustawodawstwu innego państwa z tytułu otrzymywania zagranicznego odpowiednika świadczenia rentowego po zmarłym członku rodziny, tj.:	nazwa kraju i wypłacanego świadczenia od dnia (dzień, miesiąc, rok)

INFORMACJE O ZAMIESZKIWANIU RODZINY PODCZAS POBYTU JEDNEGO Z CZŁONKÓW RODZINY POZA GRANICAMI RP

Imię i nazwisko i data urodzenia	Adres	Kraj zamieszkania (proszę podać nazwę kraju)	Okres zamieszkiwania
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia
..... Data urodzenia			od dnia

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 Podpis

CZĘŚĆ II

DANE CZŁONKA RODZINY PRACUJĄCEGO (ZAMIESZKUJĄCEGO) POZA GRANICAMI RP

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania w Polsce			
Adres zamieszkania za granicą			
PESEL		Nr telefonu	
Stan cywilny	☐ żonaty ☐ konkubinat ☐ rozwiedziony/a ☐ inny	od dnia (dzień, miesiąc, rok)	
Czy osoba przebywająca za granicą prowadzi(ła) wspólne gospodarstwo domowe z osobą wskazaną w części I formularza.	☐ tak ☐ nie	od dnia (dzień, miesiąc, rok)	
Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia za granicą	VSNR (na terytorium Niemiec) NIN (na terytorium Wielkiej Brytanii) BSN (na terytorium Holandii) NISS (na terytorium Belgii) Fřdselsnummer (na terytorium Norwegii) CPR (na terytorium Danii) Inny (w przypadku podlegania ubezpieczeniom w pozostałych krajach)		
Nazwa kraju wykonywania pracy			
Nazwa kraju, w którym osoba pracująca za granicą odprowadza podatek dochodowy			
Okres zamieszkiwania poza granicami kraju		od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
Charakter pobytu za granicą ☐ stały ☐ tymczasowy ☐ turystyczny ☐ inny (jaki)			
☐ Praca najemna (umowa/ kontrakt)	Nazwa i adres pracodawcy	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
		od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
		od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
		od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
		od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	
		od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)	

☐ Praca na własny rachunek	☐ Działalność gospodarcza jest zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana jest za granicą. Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez ZUS? ☐ Tak ☐ Nie Okres wykonywania działalności gospodarczej. od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej: ☐ są odprowadzane w Polsce od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) ☐ są odprowadzane za granicą od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) ☐ nie są odprowadzane ☐ Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski, tj. w (nazwa kraju) Okres wykonywania działalności gospodarczej. od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej: ☐ są odprowadzane za granicą od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) ☐ nie są odprowadzane
☐ Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa lub wykonujący pracę najemną w dwóch lub kilku państwach członkowskich	☐ Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce (zaświadczenie A1). Okres zatrudnienia u polskiego pracodawcy: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Okres oddelegowania/ wykonywania pracy poza granicami Polski: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) ☐ Pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca. Okres zatrudnienia u polskiego pracodawcy: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) Okres oddelegowania/ wykonywania pracy poza granicami Polski: od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
☐ Osoba pobierająca	☐ emeryturę od dnia ☐ rentę od dnia ☐ świadczenia z tytułu choroby od dnia ☐ świadczenia z tytułu bezrobocia od dnia ☐ świadczenia z tytułu bezrobocia na terenie Niemiec: ☐ SGB I od dnia ☐ SGB II od dnia ☐ ALG II od dnia ☐ SGB III od dnia ☐ świadczenie macierzyńskie od dnia

☐ Inny charakter pobytu

☐ przebywanie na płatnym urlopie od dnia
☐ przebywanie na bezpłatnym urlopie przeznaczonym na wychowywanie dziecka
☐ strajk/ lockout od dnia
☐ pobyt w więzieniu od dnia
☐ inny (jaki)

Dochód uzyskany poza granicami RP

*zgodnie z art. 3 pkt 1 lit c) ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 383) - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

1. Jeżeli dochód z za granicy został uzyskany w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy:

W roku dochód osiągnięty przez Pana/Panią
wyniósł w walucie

2. Jeżeli dochód z za granicy został uzyskany po roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy, należy podać dochód za pierwszy pełny przepracowany miesiąc następujący po miesiącu, w którym rozpoczęto wykonywanie pracy poza granicami RP:

W miesiącu dochód netto osiągnięty przez Pana/Panią
wyniósł w walucie

CZĘŚĆ III

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
Nr sprawy w instytucji zagranicznej

☐ 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.

imię i nazwisko dziecka	kwota	waluta	okres wypłaty
.....			od dnia do dnia
.....			od dnia do dnia
.....			od dnia do dnia
.....			od dnia do dnia
.....			od dnia do dnia
.....			od dnia do dnia

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

Podpis