

# 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, CHOROBYM I MACIERZYŃSKIM JAKO:

☐ rolnik ☐ rolnik (małżonek) ☐ domownik

KRUS w.....miejscowość

Data rozpoczęcia ubezpieczenia .....(dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia ubezpieczenia .....(dzień, miesiąc, rok)

## OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> emerytura<br><input type="checkbox"/> renta<br><input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS)<br><input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy – po ustaniu zatrudnienia (ZUS)<br><input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński – po ustaniu zatrudnienia (ZUS) | Data przyznania świadczenia:<br>.....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data zakończenia wypłaty świadczenia:<br>.....(dzień, miesiąc, rok) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**OSOBA ZAREJESTROWANA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY JAKO:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>bez</b> prawa do zasiłku dla bezrobotnych,<br><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>z prawem</b> do zasiłku dla bezrobotnych,<br><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do<br>.....(nazwa świadczenia)<br><input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy,<br><b>Powiatowy Urząd Pracy w</b><br>.....miejscowość | Data rejestracji w PUP .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data wyrejestrowania z PUP .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data uzyskania prawa do zasiłku .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data utraty prawa do zasiłku .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data uzyskania prawa do<br>stypendium/stażu .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data utraty prawa do<br>stypendium/stażu .....(dzień, miesiąc, rok) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE W POLSCE

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

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 .....do dnia .....</p> <p>Opieka nad:.....</p> <p><b>Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa</b></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 – **fødselsnummer**, 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"/> <b>Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą</b>                | Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok)                                                                                                          |
|                                                                                                                                 | Data wyrejestrowania .....(dzień, miesiąc, rok)                                                                                                      |
|                                                                                                                                 | Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w <b>Polsce / w innym kraju</b> .....kraj |
| <input type="checkbox"/> <b>Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?</b> | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> , na okres od.....do.....<br><b>NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?</b>                                              | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w .....kraj</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok)<br>Data wyrejestrowania .....(dzień, miesiąc, rok) |
| <input type="checkbox"/> <b>Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:</b><br><b>2) w wyniku:</b><br><input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> macierzyństwa <input type="checkbox"/> wypadku przy pracy<br><input type="checkbox"/> choroby zawodowej <input type="checkbox"/> bezrobocia <u>o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia</u><br><b>3) lub podczas</b><br><input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku<br><b>4) lub</b><br><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)<br>Data zakończenia .....(dzień, miesiąc, rok)     |

**CZĘŚĆ 2 D**
**OSOBA WYKONUJĄCA PRACĘ NA KONTRAKCIE JAKO MARYNARZ**

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

**CZĘŚĆ 2 E**
**INNE ŚWIADCZENIA POBIERANE Z ZAGRANICY**

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych<br><input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński <input type="checkbox"/> świadczenie z tytułu choroby<br><input type="checkbox"/> lokaut/strajk | Data przyznania świadczenia.....<br>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<br><input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia<br><input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne po ustaniu zatrudnienia | Data przyznania świadczenia.....<br>Data zakończenia wypłaty świadczenia:..... |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

WYDZIAŁ KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ

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

### 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/Pani .....uzyskał/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/Pani .....uzyskał/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](mailto: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](mailto: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 2025 r., poz. 1208);
  - 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.

WYDZIAŁ KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ

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

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.