

OŚWIADCZENIE

dla potrzeb ustalenia ustawodawstwa właściwego do wypłaty świadczeń rodzinnych i/lub świadczenia wychowawczego

(w przypadku przemieszczania się członków rodziny w granicach państw UE, EOG lub Szwajcarii)

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko:

Adres zameldowania:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

Stan cywilny:

Tel.:

(proszę o zaznaczenie)

zamieszkuję w Polsce

zamieszkuję poza granicami Polski w (wymień kraj) od (dzień-miesiąc-rok)

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ZAMIESZKUJE PAN/PANI W POLSCE:

CZY W OKRESIE ZAMIESZKIWANIA I/LUB WYKONYWANIA PRACY PRZEZ RODZICA DZIECKA/DZIECI LUB CZŁONKA PANA/PANI RODZINY POZA GRANICAMI POLSKI JEST PAN/PANI AKTYWNY/A ZAWODOWO W POLSCE, tj. czy są za Pana/Panią opłacane składki na ubezpieczenia społeczne ?

(proszę o zaznaczenie)

nie jestem aktywny/a zawodowo w Polsce

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna <u>nie zarejestrowana</u> w Urzędzie Pracy
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <u>bez prawa do świadczeń</u> z tytułu bezrobocia od dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobieram emeryturę lub rentę uzyskaną w Polsce od dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobierałem/am zasiłek chorobowy* lub świadczenie rehabilitacyjne* przysługujące po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w okresach od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić

jestem aktywny/a zawodowo w Polsce jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny w Polsce w okresach od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek w Polsce od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane w Polsce od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczenia rolników KRUS od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)

PROSZĘ O DOŁĄCZENIE DOKUMENTU/ÓW (np. zaświadczenie pracodawcy lub KRUS, kopia umowy o pracę, decyzja PUP itp.)
POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ZAMIESZKUJE PAN/PANI POZA GRANICAMI POLSKI:

(proszę o zaznaczenie)

nie jestem aktywny/a zawodowo poza granicami Polski

pobieram emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich od dnia(dzień-miesiąc-rok)

jestem aktywny/a zawodowo poza granicami Polski w (wymień kraj) jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwa członkowskiego, w którym wykonywana jest praca w okresach od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) <u>Z tytułu wykonywania pracy poza granicami kraju składki na ubezpieczenia społeczne:</u> <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	inne świadczenia (zasiłek chorobowy*, zasiłek dla osób poszukujących pracy*, zasiłek macierzyński* i/lub rodzicielski*, inne, jakie) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić

INFORMACJE DOTYCZĄCE DRUGIEGO Z RODZICÓW DZIECKA/DZIECI:

Imię i nazwisko ojca/matki dziecka/dzieci:PESEL

Ostatni adres zameldowania w Polsce:.....

Ostatni adres zamieszkania w Polsce:.....

(proszę o zaznaczenie)

nie posiadam informacji o miejscu zamieszkania ojca/matki dziecka/dzieci

zamieszkuje w Polsce

pod adresem :

zamieszkuje poza granicami Polski w (wymień kraj) od (dzień-miesiąc-rok)

pod adresem :

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DRUGI Z RODZICÓW ZAMIESZKUJE W POLSCE:

CZY W OKRESIE ZAMIESZKIWANIA I/LUB WYKONYWANIA PRACY PRZEZ OJCA/MATKĘ DZIECI LUB CZŁONKA PANA/PANI RODZINY POZA GRANICAMI POLSKI DRUGI Z RODZICÓW JEST AKTYWNY ZAWODOWO W POLSCE, tj. czy są za niego opłacane składki na ubezpieczenia społeczne ?

(proszę o zaznaczenie)

nie posiadam informacji o aktywności zawodowej ojca/matki dziecka/dzieci

nie jest aktywny/a zawodowo w Polsce

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna <u>nie zarejestrowana</u> w Urzędzie Pracy
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <u>bez prawa do świadczeń</u> z tytułu bezrobocia od dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobiera emeryturę lub rentę uzyskaną w Polsce od dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pobierał/a zasiłek chorobowy* lub świadczenie rehabilitacyjne* przysługujące po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w okresach od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić

jest aktywny/a zawodowo w Polsce jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny w Polsce w okresach od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek w Polsce od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane w Polsce od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczenia rolników KRUS od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)

PROSZĘ O DOŁĄCZENIE DOKUMENTU/ÓW (np. zaświadczenie pracodawcy lub KRUS, kopia umowy o pracę, decyzja PUP itp.)
POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.

PONIŻSZE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DRUGI Z RODZICÓW ZAMIESZKUJE POZA GRANICAMI POLSKI:

(proszę o zaznaczenie)

nie jest aktywny/a zawodowo poza granicami Polski

<input type="checkbox"/>	pobiera emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich od dnia(dzień-miesiąc-rok)
--------------------------	--

jest aktywny/a zawodowo poza granicami Polski w (wymień kraj) jako

<input type="checkbox"/>	pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwowego, w którym wykonywana jest praca w okresach od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
--------------------------	---

	od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) Z tytułu wykonywania pracy poza granicami kraju składki na ubezpieczenia społeczne: <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce <input type="checkbox"/> odprowadzane są do systemu zabezpieczenia społecznego w kraju wykonywania pracy za granicą.
<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium innego państwa członkowskiego od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok)
<input type="checkbox"/>	inne świadczenia (zasiłek chorobowy*, zasiłek dla osób poszukujących pracy*, zasiłek macierzyński* i/lub rodzicielski*, inne, jakie) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) od dnia (dzień-miesiąc-rok) do dnia (dzień-miesiąc-rok) *) niepotrzebne skreślić

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA/DZIECI:

Dziecko/dzieci

a) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

b) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

c) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

d) Imię i nazwisko:..... PESEL:.....

mieszka/mieszkają: (proszę o zaznaczenie)

w Polsce

w innym kraju (jakim) od (dzień-miesiąc-rok)

wraz z matką* / z ojcem* / z inną osobą* (proszę wskazać stopień pokrewieństwa z dzieckiem)

tj.: z Panią*/Panem*

pod adresem :

*) **niepotrzebne skreślić**

(proszę o zaznaczenie)

W Polsce nie były wypłacane świadczenia rodzinne / świadczenie wychowawcze na dziecko / dzieci

W Polsce były wypłacane świadczenia rodzinne / świadczenie wychowawcze na dziecko / dzieci:

.....

(wpisać który ośrodek wypłaca/ł świadczenia)

INFORMACJE DOTYCZĄCE CZŁONKA RODZINY (RODZICA) PRZEBYWAJĄCEGO POZA GRANICAMI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ:

Numer zagranicznego ubezpieczenia społecznego

Czy został złożony wniosek o zagraniczne świadczenia rodzinne ?

(proszę o zaznaczenie)

nie

tak

w okresie od (dzień-miesiąc-rok) Pan/Pani

pobierał/a świadczenia rodzinne w (wymień kraj)

na dziecko w wysokości (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

na dziecko w wysokości (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

na dziecko w wysokości (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

na dziecko w wysokości (podać w walucie kraju, który wypłaca zasiłki)

.....
.....
.....

(podać nazwę i adres instytucji, w której został złożony wniosek, numeru sprawy w instytucji zagranicznej)

Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kluczula odpowiedzialności karnej

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zawarte w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.), który stanowi, że „kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
(miejsceowość, data)

.....
(czytelny podpis)