

**DANE WNIOSKODAWCY ORAZ CZŁONKÓW RODZINY UMOŻLIWIAJĄCE USTALENIE WYSTĘPOWANIA KOORDYNACJI SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (ZAŁĄCZNIK STOSOWANY DO WNIOSKÓW O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH NIEZWIĄZANYCH Z KRYTERIUM DOCHODOWYM ORAZ WNIOSKÓW O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZEGO NIEZWIĄZANYCH Z KRYTERIUM DOCHODOWYM)**

| DANE DOT. OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ NA TERENIE JEDNEGO Z PAŃSTW UE, EOG (POZA R.P.) LUB KONFEDERACJI SZWAJCARSKIEJ |                         |                                    | DANE DOT. WNIOSKODAWCY ZAMIESZKUJĄCEGO W POLSCE                              |                         |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Imię i nazwisko                                                                                              |                         |                                    | Imię i nazwisko                                                              |                         |                                    |
| PESEL oraz zagraniczny numer identyfikacyjny ubezpieczenia/podatkowy                                         |                         |                                    | PESEL                                                                        |                         |                                    |
| Adres e-mail (w przypadku, gdy osoba przebywająca za granicą jest wnioskodawcą o polskie świadczenia)        |                         |                                    | Adres e-mail                                                                 |                         |                                    |
| Adres zamieszkania/pobytu za granicą od-do                                                                   |                         |                                    | Adres zamieszkania wraz z dzieckiem/dziećmi na terenie Polski                |                         |                                    |
| <b>Informacje dot. wykonywania działalności zawodowej <u>przed podjęciem pracy za granicą</u>:</b>           |                         |                                    | <b>Informacje dot. wykonywania działalności zawodowej na terenie Polski:</b> |                         |                                    |
| Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej:                                                                  | poprawne zaznaczyć<br>X | okres od-do<br>dzień, miesiąc, rok | Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej:                                  | poprawne zaznaczyć<br>X | okres od-do<br>dzień, miesiąc, rok |
| Osoba wykonująca pracę zawodową                                                                              |                         |                                    | Osoba wykonująca pracę zawodową                                              |                         |                                    |
| Osoba na urlopie macierzyńskim                                                                               |                         |                                    | Osoba na urlopie macierzyńskim                                               |                         |                                    |
| Osoba na urlopie wychowawczym                                                                                |                         |                                    | Osoba na urlopie wychowawczym                                                |                         |                                    |
| Osoba pobierająca świadczenie pielęgnac/spec zasiłek opiek, w tym:                                           |                         |                                    | Osoba pobierająca świadczenie pielęgnac/specjalny zasiłek opiekuńczy, w tym: |                         |                                    |
| okres ze składkami emerytalno-rentowymi                                                                      |                         |                                    | okres ze składkami emerytalno-rentowymi                                      |                         |                                    |
| bez składek                                                                                                  |                         |                                    | bez składek                                                                  |                         |                                    |

|                                                      |  |  |                                                      |  |  |
|------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|
| Osoba zarejestrowana w PUP, w tym:                   |  |  | Osoba zarejestrowana w PUP, w tym:                   |  |  |
| z prawem do zasiłku dla bezrobotnych                 |  |  | z prawem do zasiłku dla bezrobotnych                 |  |  |
| bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych                |  |  | bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych                |  |  |
| Osoba podlegająca ubezpieczeniu społecznemu rolników |  |  | Osoba podlegająca ubezpieczeniu społecznemu rolników |  |  |
| Osoba prowadząca działalność gospodarczą             |  |  | Osoba prowadząca działalność gospodarczą             |  |  |
| Emeryt/rencista                                      |  |  | Emeryt/rencista                                      |  |  |
| Osoba niezatrudniona                                 |  |  | Osoba niezatrudniona                                 |  |  |
| Nazwa i adres zagranicznego pracodawcy               |  |  | Nazwa i adres polskiego pracodawcy                   |  |  |

**Informacje dot. wykonywania pracy zawodowej na terenie państwa UE, EOG (poza R.P.) lub Konfederacji Szwajcarskiej**

| <b>Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej</b>                                                        | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>OKRESY od-do</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|---------------------|
| Osoba zatrudniona przez zagranicznego pracodawcę                                                         |            |            |                     |
| Osoba prowadzącą własną działalność gospodarczą poza granicami kraju (druk A1)                           |            |            |                     |
| Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy poza granicami kraju (druk A1)                |            |            |                     |
| Osoba wykonująca pracę w dwóch lub więcej państwach członkowskich, np. kierowca międzynarodowy (druk A1) |            |            |                     |
| Pracownik sezonowy                                                                                       |            |            |                     |

|                                                       |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|
| Osoba pobierająca zasiłek dla bezrobotnych za granicą |  |  |  |
| Emeryt/rencista                                       |  |  |  |
| Inne:                                                 |  |  |  |

| Uprawnienie do zagranicznych świadczeń rodzinnych                                                       |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Należy wskazać właściwe                                                                                 | TAK | NIE |
| Czy został złożony wniosek o zagraniczne świadczenia rodzinne                                           |     |     |
| Czy została wydana decyzja w sprawie zagranicznych świadczeń rodzinnych                                 |     |     |
| Nazwa i adres zagranicznej instytucji właściwej, w której został złożony wniosek o świadczenia rodzinne |     |     |

| Dzieci, na które przyznano zagraniczne świadczenia rodzinne | Kwoty, przyznanych zagranicznych świadczeń rodzinnych w walucie obcej | Okres, na jaki przyznano zagraniczne świadczenia rodzinne |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1.....<br>(imię i nazwisko, nr PESEL)                       | 1.....                                                                | 1.....                                                    |
| 2.....<br>(imię i nazwisko, nr PESEL)                       | 2.....                                                                | 2.....                                                    |
| 3.....<br>(imię i nazwisko, nr PESEL)                       | 3.....                                                                | 3.....                                                    |
| 4.....<br>(imię i nazwisko, nr PESEL)                       | 4.....                                                                | 4.....                                                    |
| 5.....<br>(imię i nazwisko, nr PESEL)                       | 5.....                                                                | 5.....                                                    |

## POUCZENIE

1. Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych, w przypadku wystąpienia zmian w liczbie członków rodziny, uzyskania dochodu lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń rodzinnych, w tym na wysokość otrzymywanych świadczeń, wnioskodawca jest obowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym organu właściwego wypłacającego świadczenia rodzinne.
2. Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu, dzieci w przypadku wystąpienia zmian mających wpływ na prawo do świadczenia wychowawczego osoba otrzymująca świadczenie wychowawcze jest obowiązana do niezwłocznego powiadomienia o tym organu właściwego wypłacającego to świadczenie.
3. Zgodnie z art. 233. § 1 kodeksu karnego 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. Zgodnie z art. 233 § 1a kodeksu karnego, jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Zgodnie z art. 233 § 2 kodeksu karnego, warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

**Zapoznałam się z treścią pouczenia i zrozumiałam/em jego treść**

.....  
*data i czytelny podpis Wnioskodawcy*