

PROSIMY O WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI ORAZ DOŁĄCZENIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PRAWDZIWOŚĆ PODANYCH OKOLICZNOŚCI.

FORMULARZ (OŚWIADCZENIE)

dla potrzeb ustalenia ustawodawstwa właściwego do wypłaty świadczeń rodzinnych

(w przypadku przemieszczania się osoby uprawnionej do świadczeń i/lub członków jej rodziny w granicach państw UE, EOG lub Szwajcarii)

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer PESEL:.....

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

1. Dane osoby przebywającej na terytorium państwa członkowskiego UE, EOG lub Szwajcarii:

- a) Imię i nazwisko:.....
- b) Adres zamieszkania zagranicą:.....
- c) PESEL / nr i seria dowodu osobistego:.....
- d) Numer zagranicznego ubezpieczenia społecznego:.....

2. Państwo miejsca pobytu:

3. Data rozpoczęcia pobytu/zamieszkania na terytorium państwa UE, EOG lub Szwajcarii: (Prosimy wymienić okresy pobytu/zamieszkania – jeżeli dotyczy)

.....

(dzień, miesiąc, rok)

4. Data rozpoczęcia legalnej pracy zawodowej na terytorium państwa UE, EOG lub Szwajcarii: (Prosimy wymienić okresy wykonywania pracy zawodowej – jeżeli dotyczy)

.....

(dzień, miesiąc, rok)

5. Status zawodowy: (zaznaczyć właściwe)

- ☐ pracownik najemny zatrudniony przez pracodawcę państwa członkowskiego, w którym wykonywana jest praca:
- ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek.
- ☐ pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego,
- ☐ pracownik sezonowy (wskazać okresy pracy)
- ☐ osoba pobierająca świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane przez inne państwo członkowskie UE,
- ☐ osoba pobierająca emeryturę lub rentę uzyskaną w którymś z państw członkowskich,

6. Czy praca zawodowa na terytorium państwa UE, EOG lub Szwajcarii wykonywana jest nadal:

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli nie, prosimy o wskazanie daty zakończenia działalności:.....

(dzień, miesiąc, rok)

7. Czy został złożony wniosek o zagraniczne świadczenia rodzinne?

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli nie, prosimy o wskazanie powodów takiej decyzji:.....

.....

Jeżeli tak, to prosimy o podanie nazwy i adresu instytucji w której został złożony wniosek, numeru sprawy w instytucji zagranicznej, daty przyznania świadczeń rodzinnych oraz ich wysokości:

.....

.....

**INFORMACJE DOTYCZĄCE CZŁONKA RODZINY (DRUGIEGO RODZICA)
PRZEBYWAJĄCEGO W POLSCE:**

1. Dane rodzica przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- a) Imię i nazwisko:.....
- b) Adres zamieszkania w Polsce:.....
- c) PESEL / nr i seria dowodu osobistego:.....

2. Status zawodowy w Polsce w okresie, w którym członek rodziny przebywa zagranicą: *(zaznaczyć właściwe)*

- ☐ pracownik najemny:.....
.....
(okres zatrudnienia, nazwa i adres pracodawcy)
- ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek:
.....
(okres prowadzenia działalności, nazwa i adres firmy)
- ☐ osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim bądź wychowawczym:.....
.....
(rodzaj i okres urlopu)
- ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy:.....
.....
(okres posiadania prawa do zasiłku/stypendium)
-
(okres bez prawa do zasiłku/stypendium)
- ☐ osoba bezrobotna nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy:.....
.....
(okres)
- ☐ osoba ubezpieczona w systemie obowiązkowego ubezpieczenia rolników KRUS:.....
.....
(okres podlegania ubezpieczeniu)
- ☐ osoba pobierająca emeryturę lub rentę z Zakładu ubezpieczeń Społecznych:.....
.....
(okres podlegania ubezpieczeniu)
- ☐ inne (jakie?):.....

3. Informacja o miejscu pobytu/zamieszkania na terytorium państwa UE, EOG lub Szwajcarii

.....
(okres, kraj pobytu/zamieszkania)

.....
(okres, kraj pobytu/zamieszkania)

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA/DZIECI:

1. Dane dziecka/dzieci:

- a) Imię i nazwisko:.....PESEL:.....
- b) Imię i nazwisko:.....PESEL:.....

2. Informacja o miejscu pobytu dziecka/dzieci w okresie, w którym członek rodziny przebywa zagranicą:

.....
(okres, kraj pobytu/zamieszkania)

.....
(okres, kraj pobytu/zamieszkania)

Klauzula odpowiedzialności karnej

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zawarte w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego - „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)