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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DOT. OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ POZA GRANICAMI POLSKI NA TERENIE JEDNEGO Z PAŃSTW UE, EOG, KONFEDERACJI SZWAJCARSKIEJ LUB ZJEDNOCZONEGO KRÓLESTWA WIELKIEJ BRYTANII I IRLANDII PÓŁNOCNEJ** | | | | | **DANE DOT. RODZICA 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 na terenie Polski | | | | | | | |
| **Informacje dot. sytuacji zawodowej przed podjęciem pracy za granicą:** | | | | | **Informacje dot. sytuacji zawodowej na terenie Polski:** | | | | | | | |
| Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej: | poprawne  zaznaczyć  X | okres od-do  dzień, miesiąc, rok | | | Należy wskazać rodzaj  aktywności zawodowej: | | | | | poprawne  zaznaczyć  X | | okres od-do  dzień, miesiąc, rok |
| Osoba wykonująca pracę zawodową |  |  | | | Osoba wykonująca pracę zawodową | | | | |  | |  |
| Osoba na urlopie wychowawczym |  |  | | | Osoba na urlopie wychowawczym | | | | |  | |  |
| Osoba pobierająca zasiłek macierzyński po utracie zatrudnienia |  |  | | | Osoba pobierająca zasiłek macierzyński po utracie zatrudnienia | | | | |  | |  |
| Osoba pobierająca zasiłek chorobowy po utracie zatrudnienia |  |  | | | Osoba pobierająca zasiłek chorobowy po utracie zatrudnienia | | | | |  | |  |
| Osoba pobierająca świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy |  |  | | | Osoba pobierająca świadczenie pielęgnacyjne/ specjalny zasiłek opiekuńczy | | | | |  | |  |
| 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 | | | | |  | |  |
| Inne: |  |  | | | Inne: | | | | |  | |  |
|  | | | | | Nazwa i adres polskiego pracodawcy | | | | | | | |
| Adres zamieszkania dzieci (w przypadku zamieszkiwania dzieci poza granicami Polski, prosimy również o podanie okresu od-do) | | | | | | | | | | | | |
| **DANE DOT. BIOLOGICZNEGO RODZICA ZAMIESZKUJĄCEGO W POLSCE (OSOBA INNA NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)** | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | Adres: | | | | | | | | |
| Data urodzenia: | | | PESEL: | | | | | | | | | | |
| **Informacje dot. sytuacji zawodowej** | | | | | | | | | | | | |
| Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej: | poprawne  zaznaczyć  X | okres od-do  dzień, miesiąc, rok | | | Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej: | | | | | poprawne  zaznaczyć  X | | okres od-do  dzień, miesiąc, rok |
| Osoba wykonująca pracę zawodową |  |  | | | Osoba zarejestrowana w PUP, w tym: | | | | |  | |  |
| Osoba na urlopie wychowawczym |  |  | | | z prawem do zasiłku dla bezrobotnych | | | | |  | |  |
| Osoba pobierająca zasiłek macierzyński po utracie zatrudnienia |  |  | | | bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych | | | | |  | |  |
| Osoba pobierająca zasiłek chorobowy po utracie zatrudnienia |  |  | | | Osoba podlegająca ubezpieczeniu społecznemu rolników | | | | |  | |  |
| Osoba pobierająca świadczenie pielęgnacyjne/ specjalny zasiłek opiekuńczy |  |  | | | Osoba prowadząca działalność gospodarczą | | | | |  | |  |
| Osoba niezatrudniona |  |  | | | Emeryt/rencista | | | | |  | |  |
| Inne: |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| **Informacje dot. sytuacji zawodowej i życiowej osoby przebywającej na terenie państwa UE, EOG, Konfederacji Szwajcarskiej lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej** | | | | | | | | | | | | |
| **Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej** | | | | | | **Poprawne zaznaczyć X** | **OKRESY od-do**  **dzień, miesiąc, rok** | | | | | |
| Osoba zatrudniona przez zagranicznego pracodawcę | | | | | |  |  | | | | | |
| Osoba prowadzącą własną działalność gospodarczą poza granicami Polski | | | | | |  |  | | | | | |
| Osoba, która ramach własnej działalności gospodarczej zarejestrowanej w Polsce, wykonuje pracę poza granicami Polski (druk A1) | | | | | |  |  | | | | | |
| Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy poza granicami Polski (druk A1) | | | | | |  |  | | | | | |
| Osoba wykonująca pracę w dwóch lub więcej państwach członkowskich, np. kierowca międzynarodowy (druk A1) | | | | | |  |  | | | | | |
| Osoba pobierająca zasiłek dla bezrobotnych za granicą | | | | | |  |  | | | | | |
| Emeryt/rencista | | | | | |  |  | | | | | |
| Inne: | | | | | |  |  | | | | | |
| Nazwa i adres zagranicznego pracodawcy: | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa i adres polskiego pracodawcy w przypadku osób delegowanych, bądź osób wykonujących pracę w kilku krajach: | | | | | | | | | | | | |
| Proszę wskazać dokładne okresy pobytu na terytorium Wielkiej Brytanii (dzień, miesiąc, rok) - **DOTYCZY TYLKO WIELKIEJ BRYTANII** | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku, gdy po 31.12.2020r. nastąpiła jakakolwiek zmiana w sytuacji zawodowej, bądź zmiana miejsca pobytu osoby przebywającej w Wielkiej Brytanii, należy poniżej krótko opisać ww. sytuację  **(DOTYCZY TYLKO WIELKIEJ BRYTANII)**: | | | | | | | | | | | | |
| **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**  1……………………………………………………………………………………………………  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  2…………………………………………………………………………………………………...  *(*imię *i nazwisko, nr PESEL)*  3…………………………………………………………………………………………………...  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  4…………………………………………………………………………………………………...  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  5……………………………………………………………………………………………………  *(imię i nazwisko, nr PESEL)* | | | **Kwoty, przyznanych zagranicznych świadczeń rodzinnych w walucie obcej**  1……………………………………………………………………………………  2…………………………………………………………………………………..  3……………………………………………………………………………………  4……………………………………………………………………………………  5…………………………………………………………………………………… | | | | | **Okres, na jaki przyznano zagraniczne**  **świadczenia rodzinne**  1……………………………………………………………………….…  2………………………………………………………………………….  3………………………………………………………………………….  4………………………………………………………………………….  5…………………………………………………………………………. | | | | |
| **Czy został złożony wniosek o Kindgebonden budget (child budget)? - TYLKO W PRZYPADKU KRÓLESTWA NIDERLANDÓW** | | | **Tak** | | | | | **Nie** | | | | |
| **Dzieci, na które przyznano Kindgebonden budget (child budget)**  **(DOTYCZY TYLKO KRÓLESTWA NIDERLANDÓW)**  1.…………………………………………………………………………………………………..  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  2……………………………………………………………………………………………………  *(*imię *i nazwisko, nr PESEL)*  3……………………………………………………………………………………………………  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  4……………………………………………………………………………………………………  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  5……………………………………………………………………………………………........  *(imię i nazwisko, nr PESEL)* | | | **Kwoty miesięczne, przyznanego Kindgebonden budget (child budget) w euro**  1……………………………………………………………………………………  2…………………………………………………………………………………..  3……………………………………………………………………………………  4……………………………………………………………………………………  5…………………………………………………………………………………… | | | | | **Okres, na jaki przyznano Kindgebonden budget (child budget)**  1………………………………………………………………………….  2………………………………………………………………………….  3………………………………………………………………………….  4………………………………………………………………………….  5…………………………………………………………………………. | | | | |
| Czy złożono wniosek o zagraniczny odpowiednik polskiego świadczenia rodzicielskiego (np. **ELTERNGELD w Niemczech)? WYPEŁNIAĆ TYLKO GDY SPRAWA DOTYCZY ŚWIADCZENIA RODZICIELSKIEGO** | | | **TAK** | | | | | **NIE** | | | | |
| **Dzieci, na które przyznano zagraniczny odpowiednik polskiego świadczenia rodzicielskiego.**  1.…………………………………………………………………………………………………..  *(imię i nazwisko, nr PESEL)*  2……………………………………………………………………………………………………  *(*imię *i nazwisko, nr PESEL)* | | | **Kwoty miesięczne, przyznanego zagranicznego odpowiednika polskiego świadczenia rodzicielskiego w walucie obcej**  1……………………………………………………………………………………  2………………………………………………………………………………….. | | | | | **Okres, na jaki przyznano zagraniczny odpowiednik polskiego świadczenia rodzicielskiego**  1………………………………………………………………………….  2…………………………………………………………………………. | | | | |
| **Dochody uzyskiwane przez wszystkich pełnoletnich członków rodziny za okresy, o których mowa w art. 5 ustawy o świadczeniach rodzinnych/w art. 7 ustawy o**  **pomocy państwa w wychowywaniu dzieci** | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ i NAZWISKO**  1……………………………………………………………………………………………………  *(imię i nazwisko)*  2……………………………………………………………………………………………………  *(*imię *i nazwisko)*      3…………………………………………………………………………………………………...  *(imię i nazwisko* | | | **OKRES/OKRESY UZYSKIWANIA DOCHODU od…do**  **(dzień, miesiąc, rok)**  1……………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………..  2.…………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………..  3.…………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………….. | | | | | **KWOTA DOCHODU NETTO W OTRZYMANEJ WALUCIE**  1………………………………………….………………………………  …………………………………………………………………………..  2………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………….  3.…………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………. | | | | |

**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 najbliższym, 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/em się z treścią pouczenia i zrozumiałam/em jego treść**  …………………………………………………………………………………………………… *data i czytelny podpis Wnioskodawcy*