**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 U USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZEGO NIEZWIĄZANYCH 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 identyfikacyjnyubezpieczenia/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:  | poprawnezaznaczyćX | okres od-dodzień, miesiąc, rok | Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej:  | poprawnezaznaczyćX | okres od-dodzień, 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:  | poprawnezaznaczyćX | okres od-dodzień, miesiąc, rok | Należy wskazać rodzaj aktywności zawodowej:  | poprawnezaznaczyćX | okres od-dodzień, 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/spec zasiłek opiek |  |  | 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…………………………………………………………………………. |

**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*