

**INSTRUKCJA – JAK WYPEŁNIAĆ FORMULARZ NA POTRZEBY KOORDYNACJI SYSTEMÓW
ZABEZPIECZANIA SPOŁECZNEGO**

CZĘŚĆ 1 – dotyczy osoby przebywającej w Polsce

A	Wypełnij, jeśli jesteś osobą która <u>nie podlega żadnej z form ubezpieczenia społecznego wymienionych poniżej (CZĘŚĆ 1 B - CZĘŚĆ 1 I)</u>
B	Wypełnij, jeśli jesteś zatrudniony.
C	Wypełnij, jeśli przebywasz na urlopie wychowawczym.
D	Wypełnij, jeśli wykonujesz pracę na własny rachunek.
E	Wypełnij, jeśli podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników w zakresie emerytalno-rentowym oraz wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim.
F	Wypełnij, jeśli pobierasz świadczenia z ZUS.
G	Wypełnij, jeśli jesteś osobą zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy.
H	Wypełnij, jeśli jesteś osobą pobierającą świadczenia opiekuńcze w Polsce.
I	Wypełnij, jeśli jesteś cudzoziemcem zamieszkującym w Polsce.

CZĘŚĆ 2 – dotyczy osoby przebywającej za granicą

A	Wypełnij, jeśli jesteś zatrudniony.
B	Wypełnij, jeśli jesteś pracownikiem delegowanym.
C	Wypełnij, jeśli prowadzisz działalność gospodarczą.
D	Wypełnij, jeśli wykonujesz pracę na kontrakcie jako marynarz.
E	Wypełnij, jeśli pobierasz świadczenia z ZUS.

CZĘŚĆ 3

Wypełnij bez względu na to czy pobierasz świadczenia zagraniczne lub w Polsce czy nie.

CZĘŚĆ 4

Wypełnij tylko w przypadku złożenia wniosku, który wymaga zbadania dochodu (świadczenie wychowawcze na pierwsze dziecko, zasiłek rodzinny).

NAJCZĘŚCIEJ WYMAGANE DOKUMENTY (w zależności od sytuacji – obowiązkowo dołącz właściwy dokument do wypełnionego formularza na potrzeby koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego)

- Zaświadczenie A1 z ZUS (pracownicy delegowani)
- Zaświadczenie o przebywaniu na urlopie wychowawczym
- Zaświadczenie o przebywaniu na urlopie macierzyńskim
- Zaświadczenie o przebywaniu na urlopie bezpłatnym
- Decyzja z PUP – dot. osób zarejestrowanych jako osoby bezrobotne (z prawem / bez prawa do zasiłku)
- Kontrakty / umowy podjęcia zatrudnienia
- Zaświadczenia potwierdzające dochód (w zależności od sytuacji)
- Zaświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu w KRUS

CZĘŚĆ 1. STATUS W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ W POLSCE

WYPEŁNIJ TYLKO TĄ CZĘŚĆ, KTÓRA CIEBIE DOTYCZY

Imię i nazwisko Obywatelstwo Nr PESEL.....

Adres zamieszkania

Nr telefonu E-mail.....

CZĘŚĆ 1 A

BEZ TYTUŁU ODPROWADZANIASKŁADEK SPOŁECZNYCH

Osoba pozostająca w Polsce nie podlega żadnej z form ubezpieczenia społecznego wymienionych poniżej
(CZĘŚĆ 1 B - CZĘŚĆ 1 I)

Od dnia.....

Do dnia.....

CZĘŚĆ 1 B

ZATRUDNIENIE

1. Nazwa i adres pracodawcy

.....

umowa o pracę; o dzieło; zlecenie

Data rozpoczęcia zatrudnienia

.....(dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia zatrudnienia(dzień, miesiąc, rok)

2. Nazwa i adres pracodawcy

.....

umowa o pracę; o dzieło; zlecenie

Data rozpoczęcia zatrudnienia(dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia zatrudnienia(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 C

OSOBA PRZEBYWA NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM

Nazwa i adres pracodawcy

.....

Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 D

PRACA NA WŁASNY RACHUNEK (pozarolnicza działalność gospodarcza)

Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok)

Data wyrejestrowania.....(dzień, miesiąc, rok)

Data zawieszenia(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 E

OSOBA PODLEGA UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU ROLNIKÓW W ZAKRESIE EMERYTALNO-RENTOWYM ORAZ WYPADKOWYM, CHOROBYM I MACIERZYŃSKIM JAKO:

rolnik rolnik (małżonek) domownik

KRUS w.....miejscowość

Data rozpoczęcia ubezpieczenia

.....(dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia ubezpieczenia

.....(dzień, miesiąc, rok)

CZĘŚĆ 1 F**OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS**

<input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS) <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy – po ustaniu zatrudnienia (ZUS) <input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński – po ustaniu zatrudnienia (ZUS)	Data przyznania świadczenia:(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia wypłaty świadczenia:(dzień, miesiąc, rok)
---	---

CZĘŚĆ 1 G**OSOBA ZAREJESTROWANA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY JAKO:**

<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do(nazwa świadczenia) <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy, Powiatowy Urząd Pracy wmiejsowość	Data rejestracji w PUP.....(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania z PUP(dzień, miesiąc, rok) Data uzyskania prawa do zasiłku(dzień, miesiąc, rok) Data utraty prawa do zasiłku.....(dzień, miesiąc, rok) Data uzyskania prawa do stypendium/stażu.....(dzień, miesiąc, rok) Data utraty prawa do stypendium/stażu.....(dzień, miesiąc, rok)
--	--

CZĘŚĆ 1 H**OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE W POLSCE**

(tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna)

Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprawiane są składki emerytalno-rentowe : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Od dniado dnia Opieka nad:..... Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa
---	---

CZĘŚĆ 1 I**CUDZOZIEMCY ZAMIESZKUJĄCY W POLSCE**

czy za granicą:

1) pobierane są:
 — **RENTA / EMERYTURA**
 TAK, w okresie od.....do.....
 NIE

— **ŚWIADCZENIA SOCJALNE**
 TAK, w okresie od.....do.....
 NIE

2) opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne
 TAK, w okresie od.....do.....
 NIE

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
 Miejsowość / Data
 Czytelny podpis

**CZĘŚĆ 2 CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:
WYPEŁNIJ TYLKO TĄ CZĘŚĆ, KTÓRA CIEBIE DOTYCZY**

Dane osoby przebywającej za granicą:

Imię i nazwisko Obywatelstwo Nr PESEL.....

Data i miejsce urodzenia Nr telefonu e-mail

Adres zamieszkania za granicą

.....

Okres/y zamieszkiwania za granicą Polski od do, od do,
od do, od do

Nr ubezpieczenia społecznego/ nr identyfikacyjny za granicą:

(Niemcy - **VSNR** (Versicherung nummer), Wielka Brytania - **NIN** (National Insurence Number), Holandia – **BSN**, Belgia – **NISS**, Norwegia – **frdselsnummer**, Dania – **CPR**, **INNY KRAJ**

WYBIERZ KRAJ POBYTU: Państwa Członkowskie Unii Europejskiej: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania (z wyjątkiem Grenlandii i Wysp Faro), Estonia, Finlandia, Francja (wraz z obszarem Reunion, Martyniki, Gwadelupy i Gujany Francuskiej), Grecja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Holandia, Polska, Portugalia (w tym Madera i Azory), Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy, Wielka Brytania wraz z Gibraltarem do czasu wyjścia z Unii Europejskiej (zasady nie obowiązują natomiast na Wyspie Man i Wyspach Normandzkich).
Państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego: Islandia, Lichtenstein i Norwegia. **Konfederacja Szwajcarska**

**CZĘŚĆ 2 A
ZATRUDNIENIE
(umowa o pracę, kontrakt itp.)**

1. Nazwa i adres pracodawcy	W okresie od do od do
--------------------------------------	--

2. Nazwa i adres pracodawcy	W okresie od do od do
--------------------------------------	--

**CZĘŚĆ 2 B
PRACOWNIK DELEGOWANY**

Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa: pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce / w innym krajukraj	Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: (dzień, miesiąc, rok)
---	--

<u>Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS</u> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Data zakończenia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: (dzień, miesiąc, rok)
---	--

Nazwa i adres pracodawcy:	Okres oddelegowania: od do od do od do
------------------------------------	---

Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	---

NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1

CZĘŚĆ 2 C**DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA**

<input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą	Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok)
	Data wyrejestrowania(dzień, miesiąc, rok)
Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w Polsce / w innym krajukraj	
<input type="checkbox"/> Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?	<input type="checkbox"/> TAK , na okres od.....do..... <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski wkraj	Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok)
	Data wyrejestrowania(dzień, miesiąc, rok)

<input type="checkbox"/> Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek: 2) w wyniku: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> macierzyństwa <input type="checkbox"/> wypadku przy pracy <input type="checkbox"/> choroby zawodowej <input type="checkbox"/> bezrobocia <i>o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia</i> 3) lub podczas <input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku 4) lub <input type="checkbox"/> urlopu bezpłatnego przeznaczonego na wychowywanie dziecka, o ile urlop ten uznawany jest za równoważny takiemu zatrudnieniu lub pracy na własny rachunek zgodnie z mającym zastosowanie ustawodawstwem	Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia(dzień, miesiąc, rok)
--	--

CZĘŚĆ 2 D**OSOBA WYKONUJĄCA PRACĘ NA KONTRAKCIE JAKO MARYNARZ**

bandera.....	
pracodawca / armator(adres).....	
Czy są odprowadzane składki i podatki?	<input type="checkbox"/> TAK , składki i podatki są odprowadzane w.....(kraj) <input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ 2 E**OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS**

<input type="checkbox"/> emeryturę <input type="checkbox"/> rentę	Data przyznania świadczenia..... Data zakończenia wypłaty świadczenia:.....
---	--

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość / Data	Czytelny podpis

CZĘŚĆ 3 – CZĘŚĆ DOTYCZĄCA ŚWIADCZEŃ W POLSCE I ZA GRANICĄ

Wypełnienie tej części formularza informuje nas o ewentualnej możliwości wypłaty dodatku dyferencyjnego

1) Czy został złożony wniosek o świadczenia rodzinne poza granicami Polski?

TAK, w (kraj)

— Data złożenia wniosku:

— Nr sprawy w instytucji zagranicznej:

— Nazwa i adres instytucji zagranicznej, w której złożono wniosek
.....

— jaka decyzja – przyznająca, odmowna, w trakcie realizacji

NIE

2) Czy były lub są aktualnie pobierane świadczenia rodzinne poza granicami Polski?

TAK, były/są pobierane w..... (kraj)

— na dziecko od do w wysokości
.....,(Kwota / Waluta /Częstotliwość – np. miesięcznie/kwartalnie)

— na dziecko od do w wysokości
.....,(Kwota / Waluta /Częstotliwość – np. miesięcznie/kwartalnie)

— na dziecko od do w wysokości
.....,(Kwota / Waluta /Częstotliwość– np. miesięcznie/kwartalnie)

NIE, nigdy nie były pobierane. Z jakiego powodu?
.....

NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIE DECYZJI ZAGRANICZNEJ

3) Czy, w okresie pobytu członka rodziny za granicą, były lub aktualnie są pobierane świadczenia rodzinne w Polsce?

TAK, były/są pobierane świadczenia rodzinne w

....., nazwa instytucji

NIE, nigdy nie były pobierane i nadal nie są pobierane świadczenia rodzinne w Polsce.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

Miejscowość / Data

.....

Czytelny podpis

CZĘŚĆ 4* – MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ DOCHODU, KTÓRY ZOSTAŁ UZYSKANY
ZA GRANICĄ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**
Dotyczy wniosków z kryterium dochodowym

Pan/Paniuzyskał/a dochód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej
z miesiąca następującego po miesiącu, w którym dochód został osiągnięty*** tj.:

— w miesiącu roku w wysokości:(wysokość uzyskanego dochodu)

— w miesiącu roku w wysokości:(wysokość uzyskanego dochodu)

DOCHÓD NALEŻY Podać W WALUCIE OBCEJ BEZ PRZELICZANIA NA PLN

Pan/Paniuzyskał/a dochód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej
w **roku bazowym** (jeśli dochód za granicą był już w roku bazowym)

— w roku w wysokości:
(wysokość uzyskanego dochodu).....(nazwa waluty)

* dotyczy wniosków o zasiłek rodzinny oraz świadczenie wychowawcze na pierwsze dziecko z uwzględnieniem dochodów

** dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

*** przykładowo, jeżeli podjęto pracę w dniu 15.05.2018 r., należy podać dochód za miesiąc czerwiec 2018 r.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Pouczenie:

Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U.z 2018r.,poz.1600 ze zm.):
Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Świadczenia rodzinne i wychowawcze

Administratorem danych osobowych jest **Wojewoda Pomorski**, adres: ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, zwany dalej Administratorem.

Kontakt do Inspektora ochrony danych w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku:
iod@gdansk.uw.gov.pl

Dane osobowe przetwarzane będą:

- **w celu obsługi Pani/Pana wniosku o przyznanie świadczeń rodzinnych i/lub wychowawczych,**
- zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych i/lub ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, w związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Podanie danych osobowych jest:

- wymogiem ustawowym,
- dobrowolne.

Dane osobowe:

- nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- nie będą przekazywane do państwa trzeciego,
- nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany

Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania że przetwarzanie danych osobowych jest nieprawidłowe.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres rozpatrywania wniosku oraz okres wynikający z przepisów o archiwizacji.