

**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)

| CZEŚĆ 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) |
| CZEŚĆ 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) |
| CZEŚĆ 1 H OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE W POLSCE (tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna) | |
| Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprowadzane są składki emerytalno-rentowe : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Od dniado dnia Opieka nad:..... Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa |
| CZEŚĆ 1 I CUDZOZIEMCY ZAMIESZKUJĄCY W POLSCE | |
| czy za granicą: 1) <u>pobierane są:</u> — RENTA / EMERYTURA <input type="checkbox"/> TAK, w okresie od.....do..... <input type="checkbox"/> NIE — ŚWIADCZENIA SOCJALNE <input type="checkbox"/> TAK, w okresie od.....do..... <input type="checkbox"/> NIE 2) <u>opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne</u> <input type="checkbox"/> TAK, w okresie od.....do..... <input type="checkbox"/> 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 Insurance Number), Holandia - **BSN**, Belgia - **NISS**, Norwegia - **fřdselsnummer**, 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

Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS
 Tak Nie

Nazwa i adres pracodawcy:
.....
.....

Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?

NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1

Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:
..... (dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:
..... (dzień, miesiąc, rok)

Okres oddelegowania:
od do
od do
od do

Tak Nie

**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..... NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1 |
| <input type="checkbox"/> Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS? | <input type="checkbox"/> NIE <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 <u>o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia</u> | Data rozpoczęcia(dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia(dzień, miesiąc, rok) |
| 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 | |

**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/Pani uzyskał/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/Pani uzyskał/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.

