

.....
(imię i nazwisko)

.....
miejscowość, data

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kod i miejscowość)

Poniższe oświadczenie składane jest przez Panią/Pana w celu ustalenia ustawodawstwa państwa właściwego do wpłaty świadczeń rodzinnych
(w przypadku przemieszczenia się członków rodziny w granicach państw Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii)

Wypełnienie oświadczenia i dołączenie niezbędnej dokumentacji, potwierdzającej niżej wymienione okoliczności (umowy o pracę, świadectwa pracy, zaświadczenia pracodawcy, zarejestrowanie działalności gospodarczej, decyzje o przyznaniu emerytury, renty, zasiłku dla bezrobotnych) przyspieszy realizację sprawy i umożliwi gminie przystąpienie do wypłacania należnych świadczeń.

Oświadczenie

Oświadczam co następuje:

1. Mieszkam/drugi z rodziców dziecka(i)/mąż /żona mieszkają - na terenie EU i EOG lub w Szwajcarii

.....
(podać nazwę kraju)

2. Przebywam/drugi z rodziców dziecka(i)/mąż/żona przebywa - za granicą w celach zarobkowych w

.....
(imię i nazwisko osoby, nazwę kraju / państwa UE, EOG i Szwajcarii, adres zamieszkania)

3. Osoba wymieniona w pkt 2 pracująca na terenie jednego z państw UE i EOG lub Szwajcarii zatrudniona jest:

a) na podstawie umowy o pracę jako:

pracownik najemny zatrudniony przez zagranicznego pracodawcę (tj. pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę, kontaktu lub na podstawie umowy zlecenia)

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc rok, nazwa i adres pracodawcy)

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc, rok, nazwa i adres pracodawcy)

pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa UE, EOG lub Szwajcarii

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc rok, nazwa i adres pracodawcy)

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc, rok, nazwa i adres pracodawcy)

pracownik sezonowy

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc rok, nazwa i adres pracodawcy)

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc, rok, nazwa i adres pracodawcy)

b) prowadzenie działalności gospodarczą na własny rachunek

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc, rok, nazwę prowadzonej działalności)

od do w
(podać dokładną datę: dzień, miesiąc, rok, nazwę prowadzonej działalności)

Dodatkowe informacje

4. Pobieram/drugi z rodziców dziecka(i)/mąż /żona pobiera rentę/emeryturę- na terenie EU i EOG lub w Szwajcarii

w
(nazwa kraju) (rodzaj świadczenia)

od do
(dokładna data: dzień, miesiąc, rok)

Nazwa i adres instytucji wypłacającej świadczenie:

5. Pobieram/drugi z rodziców dziecka(i)/mąż /żona podlega zabezpieczeniu społecznemu na terenie EU i EOG lub w Szwajcarii z innego tytułu:

w
(podać nazwę kraju)

- świadczenia chorobowe: od do
(dokładna data: dzień, miesiąc, rok)

- świadczenia macierzyńskie: od do
(dokładna data: dzień, miesiąc, rok)

- urlop wychowawczy: od do
(dokładna data: dzień, miesiąc, rok)

- inne: od do z tytułu.....
(dokładna datę: dzień, miesiąc, rok i rodzaj zabezpieczenia)

Nazwa i adres instytucji wypłacającej świadczenie

Art. 233 § 1 Kodeksu karnego „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”

Art. 233 § 2 „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie”.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z **art. 233 § 1 Kodeksu karnego** „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” dobrowolnie oświadczam, że:

w skład mojej rodziny wchodzi:

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko stopień pokrewieństwa nr PESEL adres zamieszkania

Jednocześnie oświadczam, że opiekę nad dzieckiem/dziećmi na terenie Polski sprawuje:*

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa osoby sprawującej opiekę nad dziećmi w Polsce)

* wypełnić w przypadku gdy opieka sprawowana jest przez inną osobę niż rodzic dziecka (np. babcie, dziadka).

.....
(data i czytelny odpis)

Oświadczenie członka rodziny pozostającego w Polsce dotyczące sytuacji zawodowej.

Dotyczy wyłącznie osób, które nie figurują/nie figurowały w ewidencji zakładu ubezpieczeń społecznych, kasy rolniczego ubezpieczenia społecznego oraz powiatowego urzędu pracy.

Imię i nazwisko/PESEL

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z **art. 233 § 1 Kodeksu karnego „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”** dobrowolnie oświadczam, że:

W Polsce w okresie/ okresach od dnia

byłam/łem osobą nieaktywną zawodowo (nie podlegałam/-łem ubezpieczeniom społecznym w Polsce), co oznacza, że:

- Nie posiadam/-łam statusu osoby bezrobotnej zarejestrowanej w Urzędzie Pracy.
- Nie wykonuję/-ywałam pracy.
- Nie pobieram/-łam zasiłku macierzyńskiego (zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia).
- Nie przebywam/-łam na urlopie wychowawczym.
- Nie prowadzę/-iłam działalności gospodarczej.
- Nie podlegam/-łam ubezpieczeniom społecznym rolników.
- Nie podlegam/-łam ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania świadczenia pielęgnacyjnego.
- Nie podlegam/-łam ubezpieczeniom społecznym (emerytalnym, rentowym) jako osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem.

Ponadto w ww. okresie/okresach :

- Nie pobieram/-łam zasiłku chorobowego (również po ustaniu zatrudnienia).
- Nie pobieram/-łam świadczenia rehabilitacyjnego (również po ustaniu zatrudnienia).
- Nie pobieram/-łam renty/emerytury.

.....
(data i czytelny odpis)

