

**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.....miejsowość

Data rozpoczęcia ubezpieczenia

.....(dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia ubezpieczenia

.....(dzień, miesiąc, rok)

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

- emerytura
 renta
 świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS)
 zasiłek chorobowy – po ustaniu zatrudnienia (ZUS)
 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:**

- Osoba bezrobotna **bez** prawa do zasiłku dla bezrobotnych,
 Osoba bezrobotna **z prawem** do zasiłku dla bezrobotnych,
 Osoba bezrobotna z prawem do
.....(nazwa świadczenia)
 Osoba poszukująca pracy,
Powiatowy Urząd Pracy w
.....miejsowość

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
odprowadzane są składki emerytalno-rentowe :

- Tak 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.**.....
Miejscowość / 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

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?

Tak Nie

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

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.