

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

**CZĘŚĆ 1 – dotyczy osoby przebywającej w Polsce**

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

**CZĘŚĆ 2 – dotyczy osoby przebywającej za granicą**

<b>A</b>	Wypełnij, jeśli jesteś zatrudniony.
<b>B</b>	Wypełnij, jeśli jesteś pracownikiem delegowanym.
<b>C</b>	Wypełnij, jeśli prowadzisz działalność gospodarczą.
<b>D</b>	Wypełnij, jeśli wykonujesz pracę na kontrakcie jako marynarz.
<b>E</b>	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**

<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 <b>bez</b> prawa do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>z prawem</b> do zasiłku dla bezrobotnych, <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do .....(nazwa świadczenia) <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy, <b>Powiatowy Urząd Pracy w</b> .....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)

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

**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**

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

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

Tak       Nie

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

Okres oddelegowania:  
od ..... do .....  
od ..... do .....  
od ..... do .....

**Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?**

Tak       Nie

**NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1**

**CZĘŚĆ 2 C**

**DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA**

<input type="checkbox"/> <b>Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą</b>	Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania .....(dzień, miesiąc, rok)
	Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w <b>Polsce / w innym kraju</b> .....kraj
<input type="checkbox"/> <b>Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> , na okres od.....do..... <span style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px;"><b>NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1</b></span>
<input type="checkbox"/> <b>Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>

<input type="checkbox"/> <b>Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w</b> .....kraj	Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania .....(dzień, miesiąc, rok)
--	--

<input type="checkbox"/> <b>Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:</b> <b>2) w wyniku:</b> <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> <b>3) lub podczas</b> <input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku <b>4) lub</b> <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).....	
<b>Czy są odprowadzane składki i podatki?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> , składki i podatki są odprowadzane w.....(kraj) <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>

**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.

### **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](mailto: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.