

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTALENIA PAŃSTWA WŁAŚCIWEGO DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH
W TYM ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZEGO**

(w przypadku przemieszczania się członków rodziny w granicach państw Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii)

Część I.

Dane osoby wypełniającej oświadczenie:

Imię i nazwisko Obywatelstwo Nr PESEL

Adres zamieszkania

Nr telefonu e-mail

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** (Versicherungsnnummer), Wielka Brytania(*) - **NIN** (National Insurence Number), Holandia - **BSN**,
Belgia - **NISS**, Norwegia - **frdselsnummer**, Dania - **CPR**)

(*) - nie dotyczy wyjazdu po 31 grudnia 2020 r.

Czy został złożony wniosek o świadczenia rodzinne poza granicami Polski?

Tak, w
(kraj)

Data złożenia wniosku: **Nr sprawy w instytucja zagranicznej:**

Nazwa i adres instytucji zagranicznej, w której złożono wniosek

Nie

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)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

na dziecko od do w wysokości
(Kwota / Waluta / Częstotliwość)

Nie, nigdy nie były pobierane. **Z jakiego powodu**

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/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część II.

INFORMACJE O MIEJSCU I OKRESIE ZAMIESZKANIA WSZYSTKICH CZŁONKÓW RODZINY, w tym osoby przebywającej za granicą:

Imię i nazwisko dotyczy wszystkich członków rodziny	Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby przebywającej za granicą	PESEL	Kraj zamieszkania Polska / inny kraj	Charakter pobytu - zarobkowy/zawodowy, stały, tymczasowy, turystyczny, lecniczy, związany z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami RP, inny - wpisać właściwy	Okres zamieszkania (dzień, miesiąc, rok)
		nr dowodu osobistego			
					od
					do
					od
					do
					od
					do
					od
					do
					od
					do
					od
					do

Adres zamieszkania ww. członków rodziny w Polsce

.....

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część III.

CHARAKTER POBYTU ZA GRANICĄ:

właściwie proszę zaznaczyć (znak X)

<input type="checkbox"/> Zatrudnienie (umowa o pracę, kontrakt itp.) 1. Nazwa i adres pracodawcy	W okresie od do od do od do od do
2. Nazwa i adres pracodawcy	W okresie od do od do od do od do
<input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana w Polsce, ale praca wykonywana za granicą <input type="checkbox"/> Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w Polsce <input type="checkbox"/> Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej są odprowadzane w innym kraju (kraj) Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w (kraj)	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok) Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok) Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa: <input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce <input type="checkbox"/> pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne na terenie państwa, w którym wykonywana jest praca Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Nazwa i adres pracodawcy:	Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: (dzień, miesiąc, rok) Okres oddelegowania: od do, od do od do, od do od do, od do od do, od do Data zakończenia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek: a) 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> b) lub podczas <input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia (dzień, miesiąc, rok)

<p>c) lub</p> <p><input type="checkbox"/> urlopu bezpłatnego przeznaczanego na wychowywanie dziecka, o ile urlop ten uznawany jest za równoważny takiemu zatrudnieniu lub pracy na własny rachunek zgodnie z mającym zastosowanie ustawodawstwem</p>	
<p><input type="checkbox"/> Osoba pobierająca:</p> <p><input type="checkbox"/> emeryturę</p> <p><input type="checkbox"/> rentę</p>	<p>Data przyznania świadczenia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia wypłaty świadczenia (dzień, miesiąc, rok)</p>

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część IV.

MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ DOCHODU*, KTÓRY ZOSTAŁ UZYSKANY ZA GRANICĄ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

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) (nazwa waluty)

- w miesiącu roku w wysokości:
(wysokość uzyskanego dochodu) (nazwa waluty)

* 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.

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Część V.

STATUS W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ W POLSCE PANI/PANA

....., za okres pobytu członka rodziny za granicą:

właściwe proszę zaznaczyć (znak X)

<p><input type="checkbox"/> Zatrudnienie</p> <p>1. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę; <input type="checkbox"/> o dzieło; <input type="checkbox"/> zlecenie</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p>
<p>2. Nazwa i adres pracodawcy</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę; <input type="checkbox"/> o dzieło; <input type="checkbox"/> zlecenie</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>Data zakończenia zatrudnienia (dzień, miesiąc, rok)</p>

<input type="checkbox"/> Osoba przebywa na urlopie wychowawczym Nazwa i adres pracodawcy	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Praca na własny rachunek (pozarolnicza działalność gospodarcza)	Data rozpoczęcia (dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania (dzień, miesiąc, rok) Data zawieszenia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca: <input type="checkbox"/> emeryturę <input type="checkbox"/> rentę <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)
<input type="checkbox"/> Osoba podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników w zakresie emerytalno-rentowym oraz wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim jako: <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> rolnik (małżonek) <input type="checkbox"/> domownik KRUS w (miejscowość)	Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok) Data zakończenia ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> 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 w (miejscowość)	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)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca świadczenia opiekuńcze (tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna) w Polsce. Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprowadzane są składki emerytalno-rentowe: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Od dnia do dnia Opieka nad: Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa
<input type="checkbox"/> Osoba pozostająca w Polsce: - nie jest zatrudniona, - nie prowadzi działalności gospodarczej, - nie jest osobą ubezpieczającą się w KRUS, - nie pobiera zasiłku dla bezrobotnych.	Od dnia Do dnia

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
Miejscowość / Data

.....
Czytelny podpis

Pouczenie:

Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny:

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.

.....
Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH I PRZYSŁUGUJĄCYCH Z TEGO TYTUŁU PRAW**

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gorzycach, ul. Raciborska 27, 44-350 Gorzyce.
2. OPS wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować listownie, na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej w Gorzycach, ul. Raciborska 27, 44-350 Gorzyce lub pocztą elektroniczną, na adres: iod@opsgorzyce.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia postępowania administracyjnego na podstawie: ustawy z dnia 11 lutego 2016 roku o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, ustawy z dnia 7 września 2007 roku o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 roku o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem”, z dnia 5 grudnia 2014 roku o Karcie Dużej Rodziny, Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 maja 2018 roku w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry Start” co jest zgodne z art. 6 ust. 1 lit c) RODO. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich brak uniemożliwi przeprowadzenie postępowania.
4. Dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu, tj. zautomatyzowanemu procesowi prowadzącemu do wnioskowania o posiadaniu przez daną osobę fizyczną określonych cech.
5. Zgodnie z przepisami przysługuje:
 - 1) prawo dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
 - 2) prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych,
 - 3) prawo do usunięcia danych osobowych, w uzasadnionych przepisami prawa przypadkach,
 - 4) prawo do przeniesienia danych osobowych, o ile będzie to technicznie możliwe,
 - 5) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych w uzasadnionych przepisami prawa przypadkach,
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - 7) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa, takich jak Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub kiedy jest to niezbędne do realizowania zadań OPS.
7. Dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Po spełnieniu celu, dla którego dane zostały zebrane, dane mogą być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

Podpis

.....