

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu kontaktowego w Polsce)

OŚWIADCZENIE

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że:

Mój mąż/żona pracuje za granicą, w kraju – od dnia do dnia, jako pracownik (najemny, delegowany lub prowadzący własną działalność gospodarczą w Polsce / za granicą). Kraj odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalno-rentowe)

Adres i nazwa firmy pracodawcy:

Adres zamieszkania za granicą:

Dochód netto uzyskany z pracy wykonywanej za granicą za miesiąc 20..... roku wyniósł: (w walucie). Dochód netto uzyskany z pracy wykonywanej za granicą za rok 20..... wyniósł: (w walucie).

Jestem osobą pod której opieką znajduje się dziecko/dzieci w Polsce.

Skład mojej rodziny:

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Stopień pokrewieństwa
Wnioskodawca				
Drugi rodzic				
Dziecko				
Dziecko				
Dziecko				
Dziecko				
Dziecko				

Informacja dotycząca zagranicznych świadczeń na dziecko/dzieci:

Czy został złożony wniosek o świadczenia na dziecko/dzieci poza granicami Polski?

- tak
 nie

Jaką decyzję w sprawie świadczeń na dziecko/dzieci wydała instytucja zagraniczna?

- przyznającą
 odmowną
 wniosek jest w trakcie rozpatrywania

Status zawodowy członka rodziny pozostającego w Polsce (proszę zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa zlecenia <input type="checkbox"/> umowa o dzieło	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> urlop macierzyński/tacierzyński <input type="checkbox"/> urlop wychowawczy	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> Zawieszenie działalności gospodarczej w celu sprawowania opieki nad dzieckiem	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> KRUS (osoba podlegająca ubezpieczeniom społecznym, tj. emerytalnemu i rentowym)	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna z prawem do zasiłku <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku <input type="checkbox"/> osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca <input type="checkbox"/> emeryturę <input type="checkbox"/> rentę <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy (również po ustaniu zatrudnienia) <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (również po ustaniu zatrudnienia)	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba pobierająca <input type="checkbox"/> świadczenie pielęgnacyjne <input type="checkbox"/> specjalny zasiłek opiekuńczy <input type="checkbox"/> zasiłek dla opiekuna	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> Osoba NIEAKTYWNA ZAWODOWO Osoba niepodlegająca w Polsce ubezpieczeniom społecznym (tj. emerytalnemu, rentowym) z żadnego z powyższych tytułów.	od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) od dnia do dnia (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)
Czy członek rodziny będący poza granicami Polski pobiera:	
<input type="checkbox"/> emeryturę od dnia <input type="checkbox"/> rentę od dnia <input type="checkbox"/> świadczenia z tytułu choroby od dnia <input type="checkbox"/> świadczenia z tytułu bezrobocia od dnia <input type="checkbox"/> świadczenie macierzyńskie od dnia	

.....
 data podpis