

**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 <b>nie podlega żadnej z form ubezpieczenia społecznego wymienionych poniżej (CZĘŚĆ 1 B - CZĘŚĆ 1 I)</b>	
<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 ADAM NOWAK Obywatelstwo POLSKIE Nr PESEL 88090912345  
Adres zamieszkania UL. NOWACKA 2/1 84-200 WEJHEROWO  
Nr telefonu tel. 500-600-700 E-mail PL.KAMINSKI@GMAIL.COM

**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 01.01.2019  
Do dnia 15.04.2023

**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 dnia .....do 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**

<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 .....</p>	<p>Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: ..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
---	--

<p><b><u>Czy za okres pracy za granicą został wystawiony formularz A1 przez terenową jednostkę ZUS</u></b> <input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Data zakończenia zatrudnienia u polskiego pracodawcy: ..... (dzień, miesiąc, rok)</p>
---	--

<p><b>Nazwa i adres pracodawcy:</b> .....</p>	<p>Okres oddelegowania: od ..... do ..... od ..... do ..... od ..... do .....</p>
---	---

**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 został wystawiony formularz 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 wydanie zaświadczenia przez ZUS A1?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<input type="checkbox"/> <b>Czy złożyłeś wniosek (w ZUS) o wydanie zaświadczenia A1?</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>	Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok)  Data zakończenia .....(dzień, miesiąc, rok)
<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	

**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..... <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)

— 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?

.....

### 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 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 wynikający z przepisów o archiwizacji.

Po zaznajomieniu się z powyższą klauzulą informacyjną potwierdzam, że zapoznałam/łem się z przetwarzaniem moich danych w celach w niej zawartych.