INSTRUKCJA – JAK WYPEŁNIAĆ FORMULARZ NA POTRZEBY KOORDYNACJI SYSTEMÓW ZABEZPIECZNIA SPOŁECZNEGO	
CZĘŚĆ 1 – dotyczy osoby przebywającej w Polsce	
A	Wypełnij, jeśli jesteś osobą która **nie podlega żadnej z form ubezpieczenia społecznego wymienionych poniżej** (CZĘŚĆ 1 B - CZĘŚĆ 1 I)
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, CHOROBOWYM I MACIERZYŃSKIM JAKO:

☐ **rolnik** ☐ **rolnik (małżonek)** ☐ **domownik** **KRUS w**.....miejscowość	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** .....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)**

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), Wielkia Brytania - **NIN** (National Insurence Number), Holandia – **BSN,** Belgia – **NISS,** Norwegia – **fŕdselsnummer,** 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 kraju**
.....kraj

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?

NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1

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 .....

☐ **Tak** ☐ **Nie**

CZĘŚĆ 2 C
DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

❑ **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 kraju** .....kraj
❑ **Czy za okres pracy za granicą zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?**	❑ **TAK,** na okres od.....do..... NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1 ❑ **NIE**
❑ **Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?**	❑ **TAK** ❑ **NIE**
❑ **Działalność gospodarcza zarejestrowana poza granicami Polski w** .....*kraj*	Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok) Data wyrejestrowania .....(dzień, miesiąc, rok)
☐ **Osoba pozostaje w trakcie czasowego zawieszenia zatrudnienia lub wykonywania pracy na własny rachunek:** **2) w wyniku:** ☐ choroby ☐ macierzyństwa ☐ wypadku przy pracy ☐ choroby zawodowej ☐ bezrobocia *o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia* **3) lub podczas** ☐ urlopu płatnego ☐ lokautu ☐ strajku **4) lub** ❑ 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?	❑ **TAK,** składki i podatki są odprowadzane w.....(kraj) ❑ **NIE**

CZĘŚĆ 2 E
OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA Z ZUS

☐ emeryturę ☐ 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 DOŁACZYĆ 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 Rzeczpospolitej 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 Rzeczpospolitej 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.

Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1) – zwane dalej: RODO, informuję, że w związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych:

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Wojewoda Pomorski, którego siedzibą jest Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk.

2. **Inspektor ochrony Danych Osobowych**

W Urzędzie powołany został Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować w formie pisemnej na adres: Pomorski Urząd Wojewódzki, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, z dopiskiem „Inspektor Danych Osobowych" lub mailowo: iod@gdansk.uw.gov.pl

3. **Cel przetwarzania danych osobowych**

Wojewoda Pomorski przetwarza Pana/Pani dane w celu prawidłowości realizacji zadań w ramach obszarów zabezpieczenia społecznego, które regulują następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018, poz. 2220 ze zm.);

- ustawa z dnia 11.02.2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci (Dz. U. z 2018 r., poz. 2134 ze zm.);

- ustawa z dnia 04.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2019 r., poz. 479 ze zm.);

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz.UE.L 2004 Nr 166, str. 1);

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz.UE.L 2009 Nr 284, str. 1);

- ustawy z dnia 14.06.1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.)

4. **Podstawa prawna przetwarzania**

Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z art. 14 ust. 1 ust. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci; art. 29 ust. 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych, art. 77 i 78 rozp. 883/2004 oraz art. 3 987/2009.

5. **Źródła pochodzenia danych osobowych**

Pana/Pani dane pozyskujemy bezpośrednio od Pana/Pani, od Ośrodków Pomocy Społecznej, ZUS, KRUS, Powiatowych Urzędów Pracy oraz od Pana/Pani pracodawcy.

6. **Odbiorcy danych**

Przetwarzane dane osobowe będą udostępniane tylko w przypadkach przewidzianych przepisami prawa oraz wybranym podmiotom, z którymi Administrator danych zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych (np. w zakresie obsługi informatycznej: Sygnity S.A. ul. Kapelanka 42B, 30-347 Kraków w ramach umowy powierzenia przetwarzania danych).

Pana/Pani dane osobowe będą przekazywane do instytucji właściwych państw UE, EOG oraz Szwajcarii.

7. Okres przechowywania danych osobowych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w punkcie 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego.

8. informacje o przysługujących Panu/Pani prawach w związku z przetwarzaniem danych osobowych

Ma Pan/Pani prawo do:
- żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych;
- sprostowania swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych
- w przypadku uznania, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Obowiązek podania danych osobowych

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wiąże się z wymogiem ustawowym określonym w aktach prawnych wymienionych w punkcie 3. Niepodanie niezbędnych danych osobowych może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami, w tym pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.

10. Profilowanie

Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.