

OŚWIADCZENIE

na podstawie Decyzji nr 207 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 07.04.2006r. dotyczącej interpretacji art. 76 i art. 79 ust. 3 rozporządzenia nr 1408/71 oraz art. 10 ust. 1 rozporządzenia (EWG) nr 574/72 dotyczących kumulacji świadczeń i zasiłków rodzinnych oraz Decyzji F1 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12.06.2009r., dotyczącą wykładni art. 68 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 odnoszącego się do zasad pierwszeństwa w przypadku zbiegu prawa do świadczeń rodzinnych (Dz. Urz. (WE)C106/11 z dnia 24.04.2010r. ze zm.),

Ja, niżej podpisany/a składam oświadczenie następującej treści i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** (art. 75§2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego – Dz. U. z 2020r., poz 256):

Oświadczam, że w okresie od do

od do

- nie pracuję w Polsce/
nie pracowałem(am) w Polsce*
- nie prowadzę działalności gospodarczej w Polsce/
nie prowadziłem(am) działalności gospodarczej w Polsce*
- nie jestem zarejestrowany(a) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Polsce/
nie byłem(am) zarejestrowany(a) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Polsce*
- nie podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników (KRUS) w Polsce/
nie podlegałem(am) ubezpieczeniu społecznemu rolników (KRUS) w Polsce*
- nie przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym w Polsce/
nie przebywałem(am) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym w Polsce*
- nie pobieram zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego w Polsce/
nie pobierałem(am) zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego w Polsce*
- nie pobieram renty w Polsce/
nie pobierałem(am) renty w Polsce*
- nie pobieram emerytury w Polsce/
nie pobierałem(am) emerytury w Polsce*
- nie podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu w Polsce w związku z przyznaniem świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłkiem dla opiekuna/
nie podlegałem(am) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu w Polsce w związku z przyznaniem świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłkiem dla opiekuna*

*zaznacz właściwe (poprzez zaznaczenie odpowiednich kwadratów)

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko

.....
Seria i numer dowodu osobistego

.....
numer PESEL

.....
miejsowość, data

W związku z przetwarzaniem Pana(i) danych osobowych, przysługuje Panu(i) prawo do dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic, prawnie chronionych do których zachowania zobowiązany jest administrator danych; sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO; ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO; prawo do wniesienia skargi do właściwego organu do spraw ochrony danych osobowych.

Dotyczy sprawy nr

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a składam oświadczenie następującej treści i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** (art. 75§2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego – Dz. U. z 2020r., poz 256):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko

.....
Seria i numer dowodu osobistego

.....
numer PESEL

.....
miejscowość, data

W związku z przetwarzaniem Pana(i) danych osobowych, przysługuje Panu(i) prawo do dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic, prawnie chronionych do których zachowania zobowiązany jest administrator danych; sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO; ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO; prawo do wniesienia skargi do właściwego organu do spraw ochrony danych osobowych.

Dotyczy sprawy nr

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

zamieszkały/a

.....
jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 75§ 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego – Dz. U. Z 2020r., poz. 256) **i składam oświadczenie dotyczące wspólnego gospodarstwa domowego** o następującej treści:

Wspólne gospodarstwo domowe tworzą następujący członkowie rodziny*:

.....(PESEL).....
(imię i nazwisko)

.....(PESEL).....
(imię i nazwisko)

.....(PESEL).....
(imię i nazwisko)

.....(PESEL).....
(imię i nazwisko)

W/W OSOBY ZAMIESZKUJĄ POD ADRESEM:

ULICA:

NR DOMU:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*zgodnie z art.3 ust. 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Z 2020r., poz. 111 ze zm.) – **rodzina** – oznacza odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

Dotyczy sprawy nr
 Oświadczenie na potrzeby koordynacji świadczeń rodzinnych i świadczenia wychowawczego
 (w ramach programu Rodzina 500+)

Ja, niżej podpisany/a składam oświadczenie następującej treści i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** (art. 75§2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego – Dz. U. z 2020r., poz 256):

Czy ktoś z członków rodziny lub rodzic dziecka przebywa/ zamieszkuje poza granicami Polski (na terenie UE/EOG)?
 Jeżeli tak należy wskazać następujące dane:
 (proszę wypełnić drukowanymi literami)

I DANE OSOBY: PRZEBYWAJĄCEJ/ ZAMIESZKUJĄCEJ OTRZYMUJĄCEJ EMERYTURĘ / RENTĘ ZATRUDNIONEJ POZA GRANICAMI POLSKI										
Nazwisko										
Imię / imiona										
Data urodzenia				-			-			
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
Stopień pokrewieństwa										
ADRES ZAMIESZKANIA POZA GRANICAMI POLSKI										
Ulica										
Nr domu/ nr mieszkania										
Kod pocztowy										
Miejscowość										
Kraj										
Okres zamieszkiwania		Od				do				

II SYTUACJA ZAWODOWA OSOBY POZA GRANICAMI POLSKI:										
1. PRACODAWCA/ DANE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ POZA GRANICAMI POLSKI:										
Nr ubezpieczenia/ nr identyfikacji zagranicą										
Nazwa firmy										
Adres firmy										
kraj										
Okres zatrudnienia		Od				do				
		Od				do				
Okres oddelegowania/ kraj oddelegowania		Od				do				

2. ORGAN EMERYTALNO-RENTOWY/ URZĄD PRACY POZA GRANICAMI POLSKI										
Nazwa instytucji										
Adres instytucji										
Kraj										
Okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, renty, emerytury		Od				do				

III CZY ZŁOŻONO WNOSEK O ŚWIADCZENIA NA DZIECI POZA GRANICAMI POLSKI	
<input type="checkbox"/> TAK	Data złożenia wniosku:
Nazwa instytucji	
Adres instytucji	
Kraj	
Nr akt sprawy (np. nr. KG)	
<input type="checkbox"/> NIE	

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko

.....
Seria i numer dowodu osobistego

.....
numer PESEL

.....
miejsowość, data