.…………………………………. …………………………..

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

………………………………….

(adres)

………………………………….

(PESEL)

………………………………….

(nr telefonu kontaktowego w Polsce)

**OŚWIADCZENIE**

**Uprzedzona/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): | | | | | | |
| * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło | | | od dnia ………………………...... do dnia ...........................................  (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)  od dnia ………………………...... do dnia ...........................................  (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) | | | |
| * urlop macierzyński/tacierzyński * urlop wychowawczy | | | od dnia ………………………...... do dnia ...........................................  (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)  od dnia ………………………...... do dnia ...........................................  (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) | | | |
| * Działalność gospodarcza * Zawieszenie działalności gospodarczejw 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) | | | |
|  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) | | | |
| * osoba bezrobotna z prawemdo zasiłku * osoba bezrobotna bez prawado zasiłku * osoba pobierająca stypendiumw 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) | | | |
| * Osoba pobierająca * emeryturę * rentę * zasiłek chorobowy (również po ustaniu zatrudnienia) * 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) | | | |
| * Osoba pobierająca * świadczenie pielęgnacyjne * specjalny zasiłek opiekuńczy * zasiłek dla opiekuna | | | od dnia ………………………...... do dnia ...........................................  (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)  od dnia ………………………...... do dnia ...........................................  (dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok) | | | |
|  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:** | | | | | | |
| * emeryturę od dnia ………………………………………………………………………………………………………. * rentę od dnia ………………………………………………………………………………………………………………. * świadczenia z tytułu choroby od dnia …………………………………………………………………………... * świadczenia z tytułu bezrobocia od dnia ………………………………………………………………………. * świadczenie macierzyńskie od dnia …………………………………………………………………………….. | | | | | | |

………………………………

data podpis