.…………………………………. …………………………..

(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 ZAWODOWOOsoba 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