

**INSTRUKCJA – JAK WYPEŁNIAĆ FORMULARZ NA POTRZEBY KOORDYNACJI SYSTEMÓW  
ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**

**CZĘŚĆ 1 – dotyczy osoby przebywającej w Polsce**

|          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | Wypełnij, jeśli jesteś osobą która <u>nie podlega żadnej z form ubezpieczenia społecznego wymienionych poniżej (CZĘŚĆ 1 B - CZĘŚĆ 1 I)</u> |
| <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 ..... 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, CHOROBYM 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**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> emerytura<br><input type="checkbox"/> renta<br><input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne (z ZUS)<br><input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy – po ustaniu zatrudnienia (ZUS)<br><input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński – po ustaniu zatrudnienia (ZUS) | Data przyznania świadczenia:<br>.....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data zakończenia wypłaty świadczenia:<br>.....(dzień, miesiąc, rok) |
|---|---|

**CZĘŚĆ 1 G****OSOBA ZAREJESTROWANA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY JAKO:**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>bez</b> prawa do zasiłku dla bezrobotnych,<br><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <b>z prawem</b> do zasiłku dla bezrobotnych,<br><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna z prawem do<br>.....(nazwa świadczenia)<br><input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy,<br><b>Powiatowy Urząd Pracy w</b><br>.....miejsowość | Data rejestracji w PUP.....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data wyrejestrowania z PUP .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data uzyskania prawa do zasiłku .....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data utraty prawa do zasiłku.....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data uzyskania prawa do<br>stypendium/stażu.....(dzień, miesiąc, rok)<br><br>Data utraty prawa do<br>stypendium/stażu.....(dzień, miesiąc, rok) |
|--|--|

**CZĘŚĆ 1 H****OSOBA POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE W POLSCE**

(tj.: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna)

|   |   |
|---|---|
| <b>Czy za okres pobierania świadczenia opiekuńczego odprawiane są składki emerytalno-rentowe :</b><br><br><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Od dnia .....do dnia .....<br><br>Opieka nad:.....<br><br><b>Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa</b> |
|---|---|

**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.**

.....  
 Miejsowość / 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<br>..... | W okresie od ..... do .....<br>od ..... do ..... |
|--------------------------------------|--|

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 2. Nazwa i adres pracodawcy<br>..... | W okresie od ..... do .....<br>od ..... do ..... |
|--------------------------------------|--|

**CZĘŚĆ 2 B  
PRACOWNIK DELEGOWANY**

|   |  |
|---|--|
| <b>Pracownik oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy na terytorium innego państwa:</b><br>pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Polsce / w innym kraju .....kraj | Data rozpoczęcia zatrudnienia u polskiego pracodawcy:<br>..... (dzień, miesiąc, rok) |
|---|--|

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

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Nazwa i adres pracodawcy:<br>..... | Okres oddelegowania:<br>od ..... do .....<br>od ..... do .....<br>od ..... do ..... |
|------------------------------------|---|

|  |   |
|--|---|
| Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
|--|---|

**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 zostało wystawione zaświadczenie A1 przez terenową jednostkę ZUS?</b>                      | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> , na okres od.....do.....<br><span style="background-color: yellow;"><b>NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE A1</b></span> |
| <input type="checkbox"/> <b>Czy odmówiono wydania zaświadczenia A 1 przez ZUS?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><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><br><b>2) w wyniku:</b><br><input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> macierzyństwa <input type="checkbox"/> wypadku przy pracy<br><input type="checkbox"/> choroby zawodowej <input type="checkbox"/> bezrobocia <i>o ile w związku z tymi okolicznościami wypłacane są wynagrodzenia lub świadczenia</i><br><b>3) lub podczas</b><br><input type="checkbox"/> urlopu płatnego <input type="checkbox"/> lokautu <input type="checkbox"/> strajku<br><b>4) lub</b><br><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 | Data rozpoczęcia .....(dzień, miesiąc, rok) |
|  | Data zakończenia .....(dzień, miesiąc, rok) |

**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.....(kraj)<br><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:..... |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</b> |                 |
| .....   | .....           |
| 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 DOŁĄCZYĆ 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 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 W WALUCIE OBCEJ 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.