

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZY UNIJNYCH

Załącznik nr 1

...**Gdańsk**..., dnia...**01.01.2019r**...
(miejsowość, data)

...**BARBARA NOWAK**...

(nazwisko, imię)

...**85020212345**...

(PESEL)

...**ul. PODMIEJSKA 1/11**,..

...**80-038 GDAŃSK**...

(adres zamieszkania)

...**788-123-456**...

(telefon)

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „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” dobrowolnie oświadczam, że:

Wszyscy niżej wymienieni członkowie mojej rodziny (małżonek/małżonka, partner/partnerka, dzieci):

1.**BARBARA NOWAK (żona)**.....PESEL.....**85020212345**.....
2.**TOMASZ NOWAK (mąż)**.....PESEL.....**80010112345**.....
3.**PAWEŁ NOWAK (syn)**.....PESEL.....**12210112345**.....
4.**ZOFIA NOWAK (córka)**.....PESEL.....**16210112345**.....
5.PESEL.....
6.PESEL.....

PROWADZĄ WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE I MIESZKAJĄ POD ADRESEM:

..... **ul. PODMIEJSKA 1/11, 80-038 GDAŃSK**.....

Jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkiwania/pobytu, to proszę go wskazać:

.....

W przypadku nie prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego przez niektórych członków rodziny proszę o ich wskazanie:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZY UNIJNYCH

Pełne prawo do opieki na dzieckiem/dziećmi posiadają niżej wymienione osoby:

- 1.....**BARBARA NOWAK**
- 2.....**TOMASZ NOWAK**.....

W y p e ł n i ć jeśli dotyczy

Ograniczone prawo do opieki na dzieckiem/dziećmi posiadają niżej wymienione osoby:
(proszę wskazać do jakiego zakresu opieka nad dzieckiem jest ograniczona i których dzieci dotyczy)

.....
.....

Informacje dodatkowe:

.....**INFORMCJE NP.: O ROZWODZIE, SEPARACJI**.....

..Barbara Nowak..
(podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZY UNIJNYCH

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „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” dobrowolnie oświadczam, że:

PRZYKŁADY OŚWIADCZEŃ:

SKŁADAM AKT MAŁŻEŃSTWA (STARSZY NIŻ ROK) Z DNIA 01.01.2010,
JEDNOCZENIE OŚWIADCZAM, ŻE NADAL POZOSTAJĘ W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM Z
TOMASZEM NOWAKIEM.....

PROWADZĘ DZIAŁANOŚĆ GOSPODRARCZĄ – NAZWA I NIP FIRMY

PRZEBYWAM NA URLOPIE MACIERZYŃSKIM OD ...DO.....

DZIECKO URODZONE DNIA... UCZĘSZCZA DO ŻŁOBKA/PRZEDSZKOŁA
FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH. JEŚLI TAKI TO ILE GODZIN W
TYGODNIU?

..... *Barbara Nowak*

(podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZY UNIJNYCH

Załącznik nr 3

Wypełnić jeśli dotyczy

OŚWIADCZENIE

(DLA OSÓB NIEAKTYWNYCH ZAWODOWO W POLSCE)

**osoby niepodlegające ubezpieczeniu społecznemu
(ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu)**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „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” dobrowolnie oświadczam, że:

w okresie od dnia.....**01.12.2016**.....do dnia/ **do chwili obecnej:**

1. nie wykonuję od tego dnia żadnej pracy zarobkowej na terenie Polski,
2. nie jestem zarejestrowana/y w powiatowym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna z prawem do zasiłku,
3. nie mam zarejestrowanej działalności gospodarczej lub działalność nie jest zawieszona
4. nie podlegam rolniczemu ubezpieczeniu społecznemu KRUS,
5. nie pobieram żadnych świadczeń z ZUS,
6. nie pobieram świadczenia pielęgnacyjnego ani zasiłku dla opiekuna osoby niepełnosprawnej na członka rodziny, podlegającego ubezpieczeniu.

*...**Barbara Nowak**.....*
(podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZY UNIJNYCH

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE O ŚWIADCZENIACH POBIERANYCH NA DZIECKO/DZIECI W POLSCE

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „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” dobrowolnie oświadczam, że:

1. Zasiłek rodzinny na dzieci/dziecko nie przysługuje ponieważ (zaznaczyć właściwy kwadrat):

nie składałam/em wniosku o świadczenia rodzinne w Polsce, ponieważ dochód na osobę w mojej rodzinie (łącznie z dochodem uzyskanym przez członka rodziny za granicą) przekracza 674 zł, a w przypadku dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności 764 zł,

składałam/em wniosek o przyznanie prawa do świadczeń rodzinnych,
ale:.....

nie chciałam/em składać wniosku o świadczenia rodzinne w Polsce

TAK ZŁOŻYŁAM/ŁEM WNIOSEK O ZASIŁEK RODZINNY:

okres zasiłkowy 2016/2017 Data/daty złożenia wniosku/ów..... **01.07.2018r...**

okres zasiłkowy 2017/2018

okres zasiłkowy 2018/2019

2. Świadczenie wychowawcze (500+) na dziecko/ dzieci:

nie składałam/em wniosku o świadczenie wychowawcze (500+) w Polsce na pierwsze dziecko ponieważ dochód na osobę w mojej rodzinie (łącznie z dochodem uzyskanym przez członka rodziny za granicą) przekracza 800 zł, a w przypadku dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności 1200 zł

dziecko ukończyło 18 rok życia

nie chciałam /łem składać wniosku o świadczenie wychowawcze (500+)

TAK ZŁOŻYŁAM/ŁEM WNIOSEK O ŚWIADCZENIE WYCHOWAWCZE (500+)

okres zasiłkowy 2016/2017 Data/daty złożenia wniosku/ów..... **01.07.2018r...**

okres zasiłkowy 2017/2018

okres zasiłkowy 2018/2019

W tym na pierwsze dziecko: TAK NIE

..Barbara Nowak..
(podpis)

ZALĄCZNIKI DO FORMULARZY UNIJNYCH

Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest **Wojewoda Pomorski**, adres: ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, zwany dalej Administratorem.

Kontakt do Inspektora ochrony danych w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku:
iod@gdansk.uw.gov.pl

Dane osobowe przetwarzane będą:

- **w celu wymiany danych między instytucjami zajmującymi się przyznawaniem świadczeń na terenie Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Konfederacji Szwajcarskiej.**
- na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Podanie danych osobowych jest:

- dobrowolne.

Dane osobowe:

- nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- nie będą przekazywane do państwa trzeciego,
- nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany

Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania że przetwarzanie danych osobowych jest nieprawidłowe.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji.

Po zapoznaniu się z powyższą klauzulą informacyjną wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celach w niej zawartych.

.....*Gdańsk*....., dnia.....*01.01.2019r*...
(miejsowość, data)

..*Barbara Nowak*..
(podpis)