

WYPEŁNIA BIURO DATA WYSŁANIA:

<input type="checkbox"/> wniosek	
<input type="checkbox"/> kontynuacja na rok:	

1. Dane osobowe wnioskodawcy i jego współmałżonka

Wnioskodawca		Współmałżonek/ka	
Nazwisko:		Nazwisko (rodowe):	
Imię:		Imię:	
Data urodzenia: ___-___-_____		Data urodzenia: ___-___-_____	
Miejsce urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
Płeć : <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		Płeć : <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Obywatelstwo:		Obywatelstwo:	
SV – Nummer		SV – Nummer	

Stan cywilny (zaznaczyć właściwe, wpisać datę):

- stan wolny ___-___-_____

 w związku małżeńskim ___-___-_____

 wdowa/wdowiec ___-___-_____

 rozwiedziony(a) ___-___-_____

 trwała separacja ___-___-_____

Adres zamieszkania w DE: Kod pocztowy /Miejscowość: ___-___-___ / Ulica:Nr..... Nr telefonu:.....	Adres zamieszkania w PL: Kod pocztowy /Miejscowość: ___-___-___ / Ulica:Nr..... Nr telefonu:.....
--	--

2. Konto bankowe

Imię i nazwisko właściciela konta:	
Nazwa banku:	
Dokładny adres banku:	
Numer banku i konta (IBAN):	PL _____

W przypadku posiadania konta niemieckiego:

Nr	BLZ
Nazwa banku	Miejscowość:

3. Dzieci wnioskodawcy

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Stosunek wnioskodawcy: A dziecko małżeńskie B adoptowane C pozamałżeńskie D pasierb	Jeśli ukończyło 18 lat – stan cywilny:	Jeśli ukończyło 18 lat – okres nauki Nazwa szkoły	PESEL
		- -				
		- -				
		- -				
		- -				

4. Czy wnioskodawca, współmałżonek wnioskodawcy lub inna osoba otrzymała na dzieci wymienione w załączniku A w ciągu ostatnich pięciu lat przed złożeniem wniosku następujące świadczenie:

Zasiłek na dzieci w Polsce	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Zasiłek na dzieci w Niemczech (Kindergeldnummer oraz okres pobierania)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	NR: _____ od: _____ do: _____
Dodatek do niemieckiej renty z tytułu wypadku lub emerytury	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Świadczenie na dzieci innego rodzaju wypłacane przez instytucję poza niemiecką albo międzypaństwową lub ponadpaństwową	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Dodatek rodzinny do renty wypłacany przez instytucję poza niemiecką	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Kto był wnioskodawcą:			
Kto wypłacał świadczenie:			
Od kiedy do kiedy było pobierane:	od: ___-___-_____	do: ___-___-_____	
Kwota świadczenia:			

Czy dzieci wymienione w pkt. 3 mieszkają poza gospodarstwem domowym wnioskodawcy i współmałżonka ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Jeżeli TAK, proszę podać imię dziecka, nazwisko i adres osoby u której dziecko mieszka oraz powód:

.....

.....

.....

.....

5. Przebieg kariery zawodowej wnioskodawcy w ostatnich pięciu latach przed datą złożenia wniosku:

a) Praca zależna - proszę podać nazwę i adres pracodawcy, okres zatrudnienia od – do, dokładne daty, czas pracy tygodniowy i miejsca zatrudnienia (za okres wnioskowany):

b) Jeśli wnioskodawca prowadził własną firmę lub uprawiał wolny zawód proszę podać nazwę działalności oraz nazwę i adres firmy

Od kiedy do kiedy była prowadzona działalność:

Czas pracy tygodniowo:

Wpis do ewidencji działalności:

Ewentualnie kopia wyrejestrowania działalności

c) Wnioskodawca opłaca w Niemczech ubezpieczenie socjalne: TAK NIE Jeśli NIE, to dlaczego:

d) Czy otrzymał(a) Pan/Pani w ostatnich pięciu latach przed datą złożenia wniosku świadczenia:

z powodu bezrobocia TAK NIE zasiłek wychowawczy TAK NIE

z powodu choroby TAK NIE wypadek przy pracy TAK NIE

zasiłek macierzyński TAK NIE

Kto wypłacał świadczenie, pełna nazwa instytucji, od kiedy do kiedy było pobierane:

6. Przebieg kariery zawodowej współmałżonka, konkubiny, konkubenta przez ostatnie pięć lat przed datą złożenia wniosku:

a) Praca zależna - proszę podać nazwę i adres pracodawcy, okres zatrudnienia od – do, dokładne daty, czas pracy tygodniowy i miejsca zatrudnienia:

b) Jeśli partner prowadził własną firmę lub uprawiał wolny zawód proszę podać nazwę działalności oraz nazwę i adres firmy:

Od kiedy do kiedy była prowadzona działalność:

Czas pracy tygodniowo:

Wpis do ewidencji działalności:

Ewentualnie kopia wyrejestrowania działalności

c) Partner opłaca w Niemczech ubezpieczenie socjalne: TAK NIE Jeśli Nie, to dlaczego:

d) Czy otrzymał(a) Pan/Pani w ostatnich pięciu latach przed datą złożenia wniosku świadczenia:

z powodu bezrobocia TAK NIE zasiłek wychowawczy TAK NIE

z powodu choroby TAK NIE wypadek przy pracy TAK NIE

zasiłek macierzyński TAK NIE

Kto wypłacał świadczenie, pełna nazwa instytucji, od kiedy do kiedy było pobierane:

Czy korespondencja z Familienkassy ma być przesyłana na adres polski ?

TAK

NIE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że powyżej podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Za niezgodność informacji z prawdą ponoszę wszelką odpowiedzialność. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz.926 z późniejszymi zmianami) niezbędne do realizacji zleconych przeze mnie usług.

dnia: __ - __ - 20__ r.

Podpis