

ROK		NR SPRAWY		DATA REALIZACJI	
UWAGI				TERMIN	
OPŁATA	DATA OTRZYMANIA		DATA SKOMPLETOWANIA		
ODDZIAŁ					

Dane wnioskodawcy

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Telefon kontaktowy	
Miejsce urodzenia		Adres e-mail	
Stan cywilny		Data ślubu / rozvodu	

Adres zameldowania w Polsce

Ulica/numer domu			
Kod pocztowy		Miejscowość	

Dane drugiego rodzica

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Telefon kontaktowy	
Miejsce urodzenia		Adres e-mail	
Stan cywilny		Data ślubu / rozvodu	

Adres zameldowania w Polsce

Ulica/numer domu			
Kod pocztowy		Miejscowość	

Adres do korespondencji

Ulica/numer domu			
Kod pocztowy		Miejscowość	

Czy obecnie korespondencja przychodzi na ten sam adres?

 TAK

/

 NIEIlość dzieci:

(tylko dzieci do 25 roku życia, uczące się i będące na Państwa utrzymaniu)

1 Dziecko

Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Od kiedy do kiedy dziecko uczy się / studiuje (miesiąc, rok)	Od	<input type="text"/> - <input type="text"/>	Do <input type="text"/> - <input type="text"/>
Czy na wyżej wymienione dziecko przysługuje Ci prawo do świadczenia 500+?	<input type="checkbox"/> TAK	/	<input type="checkbox"/> NIE
Czy pobierasz/pobierałeś świadczenie 500+?	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE	Od <input type="text"/> - <input type="text"/>	Do <input type="text"/> - <input type="text"/>
Czy na wyżej wymienione dziecko przysługuje Ci prawo do zasiłku rodzinnego?	<input type="checkbox"/> TAK	/	<input type="checkbox"/> NIE
Czy pobierasz/pobierałeś zasiłek rodzinny?	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE	Od <input type="text"/> - <input type="text"/>	Do <input type="text"/> - <input type="text"/>

2 Dziecko

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Od kiedy do kiedy dziecko uczy się / studiuje (miesiąc, rok)

Od

Do

Czy na wyżej wymienione dziecko przysługuje Ci prawo do świadczenia 500+?

 TAK/ NIE

Czy pobierasz/pobierałeś świadczenie 500+?

 TAK/ NIE

Od

Do

Czy na wyżej wymienione dziecko przysługuje Ci prawo do zasiłku rodzinnego?

 TAK/ NIE

Czy pobierasz/pobierałeś zasiłek rodzinny?

 TAK/ NIE

Od

Do

3 Dziecko

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Od kiedy do kiedy dziecko uczy się / studiuje (miesiąc, rok)

Od

Do

Czy na wyżej wymienione dziecko przysługuje Ci prawo do świadczenia 500+?

 TAK/ NIE

Czy pobierasz/pobierałeś świadczenie 500+?

 TAK/ NIE

Od

Do

Czy na wyżej wymienione dziecko przysługuje Ci prawo do zasiłku rodzinnego?

 TAK/ NIE

Czy pobierasz/pobierałeś zasiłek rodzinny?

 TAK/ NIE

Od

Do

Czy na wyżej wymienione dzieci złożyłeś wniosek o świadczenie 500+ za aktualny okres zasiłkowy?

 TAK/ NIE

Czy na wyżej wymienione dzieci złożyłeś wniosek o zasiłek rodzinny za aktualny okres zasiłkowy?

 TAK/ NIE

Kto jest wnioskodawcą o świadczenie 500+ i zasiłek rodzinny w Polsce?

Dodatkowe informacje dotyczące pełnoletniego dziecka w okresie za który wnioskujemy o świadczenie

Jeżeli więcej niż jedno dziecko jest pełnoletnie prosimy o informacje w uwagach

Imię dziecka

Stan cywilny

Czy dziecko podjęło już pracę / prowadzi własną działalność gospodarczą?

 TAK/ NIE

Jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia stosunku pracy / założenia działalności

Ilość godzin pracujących tygodniowo

Wykonywany zawód

Nazwa pracodawcy / działalności gospodarczej

Czy dziecko podejmowało prace sezonowe?

 TAK/ NIE

Jeśli TAK podaj okresy pracy

Dołącz dokument potwierdzający ilość godzin pracujących oraz umowę o pracę.
Dziecko pracujące powyżej 20 godzin tygodniowo lub uczące się poniżej 10 godzin tygodniowo traci prawo do zasiłku.Informacje dotyczące współmałżonka / opiekuna dzieci przebywającego z dziećmi w Polsce
Podaj informacje za pół roku wstecz - w przypadku zmian opisz je wraz z datami w uwagach

Przebywa na bezrobotnym

 TAK z prawem do zasiłku/ TAK bez prawa do zasiłku/ NIE

Przebywa na urlopie

 Macierzyńskim/ Rodzicielskim/ Wychowawczym/ Ojcowskim/ NIE

Pobiera emeryturę / rentę

 TAK/ NIE

Opłaca składki KRUS

 TAK/ NIE

Znajduje się w stosunku pracy

 TAK/ NIE

Prowadzi działalność gospodarczą

 TAK/ NIE

Jeżeli zaznaczyłeś TAK podaj datę od kiedy

Nazwa pracodawcy / działalności gospodarczej

Część etatu lub ilość godzin pracy tygodniowo

Informacje dotyczące współmałżonka / opiekuna dzieci pracującego w Niemczech

Imię

Nazwisko

zatrudnienie u niemieckiego pracodawcy oddelegowanie do pracy w Niemczech własna działalność

Podaj nazwę i adres pracodawcy / działalności gospodarczej w Niemczech

Podaj datę rozpoczęcia aktualnego stosunku pracy / działalności

Czy prowadziłeś w ciągu ostatnich 5 lat działalność gospodarczą na terenie Niemiec? TAK / NIE

Jeżeli prowadzisz lub prowadziłeś w ciągu 5 lat działalność na terenie Niemiec dołącz:

- kopie wszystkich faktur • kopie zameldowania, ewentualnego przemeldowania i wymeldowania Gewerbe • potwierdzenia ubezpieczenia na terenie Niemiec
 - kopię Gewerbe Anmeldung oraz ewentualnie Gewerbe Abmeldung • kopię umowy najmu lokalu gdzie zameldowana jest działalność w Niemczech
- Prowadząc aktualnie Gewerbe świadczenie przysługuje Ci za każdy miesiąc wystawienia faktury.

Czy w ciągu ostatnich 5 lat pobierałeś którekolwiek ze świadczeń socjalnych na terenie Niemiec?
Jeżeli TAK, podaj daty od kiedy do kiedy i przedstaw potwierdzenie za dany okres

Bezrobotne TAK / NIE Od - Do -

Chorobowe TAK / NIE Od - Do -

Rentę TAK / NIE Od - Do -

Urlop macierzyński TAK / NIE Od - Do -

Urlop wychowawczy TAK / NIE Od - Do -

Przedstaw decyzje potwierdzające okres za jaki zostało Ci przyznane świadczenie.

Jeżeli obecnie przebywasz na którymś ze świadczeń, zasiłek Kindergeld nadal Ci przysługuje. Pamiętaj jednak że powinieneś wówczas przebywać na terenie Niemiec oraz posiadać, oprócz decyzji przyznającej świadczenie, potwierdzenie przebywania na terenie Niemiec na wypadek zapytań Familienkasse (umowa najmu, potwierdzenia opłacenia czynszu, itp.)

Informacja dotycząca świadczenia Kindergeld

Jaka Familienkasse wypłaca Ci pieniądze?

Kto jest wnioskodawcą o świadczenie Kindergeld?

Kindergeld-nummer KG-Nr: FK

Cel pisma i uwagi

Ja niżej podpisany oświadczam, że dane zawarte w powyższym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym, prawdziwe i kompletne.

Oświadczam, iż o ewentualnych zmianach w danych osobowych zawartych powyżej poinformuję biuro TimeTax Polska sp. z o.o. sp. k. oraz Familienkasse

Data:

Podpis Klienta