

INFORMACJA O OKRESACH UBEZPIECZENIA, ZATRUDNIENIA LUB PRACY NA WŁASNY RACHUNEK WNIOSKODAWCY SPEŁNIONYCH W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM – załącznik do wniosku o przyznanie prawa do zasiłku na zasadach sumowania okresów zatrudnienia.

Dane osobowe

Nazwisko	
Imię	

Data urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Nazwisko rodowe	
Imiona	
PESEL	

Osobowy numer identyfikacyjny za granicą	
W przypadku braku ww. numeru proszę wypełnić następujące pola :	
Miejsce urodzenia	
Nazwisko ojca – nazwisko rodowe ojca	
Nazwisko matki – nazwisko rodowe matki	
Imię ojca	
Imię matki	

Adres w Polsce

Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Województwo	

Ostatni adres w kraju poprzedniego ubezpieczenia (za granicą)

Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
kraj	

Całkowity okres ubezpieczenia za granicą

Data początkowa	
Data końcowa	

Okres zatrudnienia za granicą (pierwszy pracodawca)

Data początkowa	
Data końcowa	
Rodzaj zatrudnienia	<input type="checkbox"/> zatrudnienie <input type="checkbox"/> samozatrudnienie

Nazwa pracodawcy	
Numer identyfikacyjny pracodawcy	
Adres pracodawcy	
Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres zatrudnienia za granicą (kolejny pracodawca)

Data początkowa	
Data końcowa	
Rodzaj zatrudnienia	<input type="checkbox"/> zatrudnienie <input type="checkbox"/> samozatrudnienie

Nazwa pracodawcy	
Numer identyfikacyjny pracodawcy	
Adres pracodawcy	
Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres zatrudnienia za granicą (kolejny pracodawca)

Data początkowa	
Data końcowa	
Rodzaj zatrudnienia	<input type="checkbox"/> zatrudnienie <input type="checkbox"/> samozatrudnienie

Nazwa pracodawcy	
Numer identyfikacyjny pracodawcy	
Adres pracodawcy	
Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres choroby za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia

Data początkowa	
Data końcowa	
Nazwa instytucji ubezpieczeniowej	
Adres instytucji ubezpieczeniowej	
Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres macierzyństwa za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia

Data początkowa	
Data końcowa	
Nazwa instytucji ubezpieczeniowej	
Adres instytucji ubezpieczeniowej	
Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres pozbawienia wolności za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia

Data początkowa	
Data końcowa	
Nazwa zakładu karnego	
Adres zakładu karnego	
Ulica	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres edukacji za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia

Data początkowa	
Data końcowa	

Okres służby wojskowej za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia

Data początkowa	
Data końcowa	

Inny okres za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia

Data początkowa	
Data końcowa	
Rodzaj okresu traktowanego jako okres ubezpieczenia	
Nazwa instytucji ubezpieczeniowej	
Adres instytucji ubezpieczeniowej	
Ulica	
Miejscowość , Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych za granicą

Data początkowa	
Data końcowa	
Numer identyfikacyjny	
Nazwa lokalnej instytucji ubezpieczeniowej (urzędu wypłacającego zasiłek za granicą)	
Adres lokalnej instytucji ubezpieczeniowej (urzędu wypłacającego zasiłek za granicą)	
Ulica	
Miejscowość , Kod pocztowy	
Region	
Kraj	

Załączniki do informacji*:

- 1) Zagraniczne świadectwa pracy potwierdzone za zgodność z oryginałem
- 2) Paski wypłat (pierwszy i ostatni od każdego pracodawcy lub trzy ostatnie od każdego pracodawcy) lub jaroграфy potwierdzone za zgodność z oryginałem
- 3) Druki P45, P60 potwierdzone za zgodność z oryginałem
- 4) Dokumenty potwierdzające okresu ubezpieczenia, choroby, macierzyństwa, pobierania zasiłku

**Proszę zaznaczyć dokumenty, które zostały załączone do niniejszej informacji.*

.....

data

.....

podpis