***Erklärung über den Wohnsitz***

*(Wohnsitz ist der Ort, an dem sich die Person gewöhnlich aufhält)*

*Die Erklärung muss von beiden Elternteilen des Kindes ausgefüllt werden; bitte die richtige Angabe auswählen und markieren*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A **Personenbezogene Daten** | | **Antragsteller/in** | | **Anderer Elternteil des Kindes**  **\*\* (angegeben in der Geburtsurkunde)** | | |
| Vorname:  Nachname:  Geburtsdatum  Telefonnr.:  E-Mail: | |  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| Unbefristeter Aufenthalt in der Slowakischen Republik | | JA – NEIN\*  Adresse: | | JA – NEIN\*  ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER\*  Adresse: | | |
| Wohnsitz außerhalb der Slowakischen Republik | | Name des Staates, in dem Sie leben, und Ihre Adresse:  seit wann:  Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | | Name des Staates, in dem Sie leben, und Ihre Adresse:  seit wann:  Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | | |
| B **Arbeitstätigkeit** | | auf dem Gebiet der Slowakischen Republik  JA – NEIN\*  außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik  JA – NEIN \* | | auf dem Gebiet der Slowakischen Republik  JA – NEIN\*  ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER\*  außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik  JA – NEIN\*  ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER\* | | |
| in der Slowakischen Republik | | **ARBEITNEHMER(IN)**  Name des letzten Arbeitgebers und Adresse:  Dauer des letzten Arbeitsvertrags:  seit ..................... bis besteht\*  Das Arbeitsverhältnis ist geschlossen *(bitte einkreisen)*:   * auf befristete Dauer, bis.................. * auf unbefristete Dauer * Ich bin in der Kündigungsfrist bis........... | | **ARBEITNEHMER**  Name des letzten Arbeitgebers und Adresse:  Dauer des letzten Arbeitsvertrags:  seit ..................... bis besteht\*  Das Arbeitsverhältnis ist geschlossen *(bitte einkreisen):*   * auf befristete Dauer, bis.................. * auf unbefristete Dauer * ist in der Kündigungsfrist bis........... | | |
| in der Slowakischen Republik | | **ENTSANDTE(R) ARBEITNEHMER(IN)**  durch einen ausländischen Arbeitgeber in die Slowakei entsandt  JA – NEIN\*  aus dem Staat:  *(bitte angeben: aus welchem Staat)* | | **ENTSANDTE(R) ARBEITNEHMER(IN)**  durch einen ausländischen Arbeitgeber in die Slowakei entsandt  JA – NEIN\*  aus dem Staat:  *(bitte angeben: aus welchem Staat)* | |
| **GEWERBETREIBENDE(R)**  Dauer des Gewerbes:  seit ........................ bis ........................  Das Gewerbe wird aktiv betrieben  JA – NEIN\* | | **GEWERBETREIBENDE(R)**  Dauer des Gewerbes:  seit ........................ bis ........................  Das Gewerbe wird aktiv betrieben  JA – NEIN\* | |
| außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik | | **ARBEITNEHMER(IN) IM STAAT**  *(bitte angeben: in welchem Staat)*  Firma und Adresse des Arbeitgebers:  Dauer des letzten Arbeitsvertrags  seit ..................... bis besteht\* | | **ARBEITNEHMER(IN) IM STAAT**  *(bitte angeben: in welchem Staat)*  Firma und Adresse des Arbeitgebers:  Dauer des letzten Arbeitsvertrags:  seit ..................... bis besteht\* | |
| **ENTSANDTE(R) ARBEITNEHMER(IN)**  durch einen Arbeitgeber aus der Slowakei zur Arbeit ins Ausland entsandt  JA – NEIN\*  in den Staat:  (bitte angeben, in welchen Staat) | | **ENTSANDTE(R) ARBEITNEHMER(IN)**  durch einen Arbeitgeber aus der Slowakei zur Arbeit ins Ausland entsandt  JA – NEIN\*  in den Staat:  (bitte angeben, in welchen Staat) | |
| **GEWERBETREIBENDE(R) IM STAAT**  *(bitte angeben: in welchem Staat)*  Dauer des Gewerbes:  seit ........................ bis ........................  Das Gewerbe wird aktiv betrieben  JA – NEIN\* | | **GEWERBETREIBENDE(R) IM STAAT**  *(bitte angeben: in welchem Staat)*  Dauer des Gewerbes:  seit ........................ bis ........................  Das Gewerbe wird aktiv betrieben  JA – NEIN\* | |
| C **Wohnsituation** | | auf dem Gebiet der Slowakischen Republik  JA – NEIN\* | | auf dem Gebiet der Slowakischen Republik  JA – NEIN\* | |
| Falls nicht auf dem Gebiet der Slowakischen Republik, geben Sie bitte den Wohnsitzstaat  an  eigenes Haus JA – NEIN\*  eigene Wohnung JA – NEIN\*  gemietetes Haus JA – NEIN\*  gemietete Wohnung JA – NEIN\*  andere Wohnform *(welche)* | | Falls nicht auf dem Gebiet der Slowakischen Republik, geben Sie bitte den Wohnsitzstaat  an  eigenes Haus JA – NEIN\*  eigene Wohnung JA – NEIN\*  gemietetes Haus JA – NEIN\*  gemietete Wohnung JA – NEIN\*  andere Wohnform *(welche)* | |
| D **Auszahlung von Leistungen** | | | | | |
| Rente | | JA – NEIN\*  Staat der Auszahlung: | | JA – NEIN\*  ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER\*  Staat der Auszahlung: | |
| Mutterschaftsgeld | | JA – NEIN\*  Staat der Auszahlung:  seit ..................... bis besteht\* | | JA – NEIN\*  ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER\*  Staat der Auszahlung:  seit ..................... bis besteht\* | |
| Arbeitslosengeld | | JA – NEIN\*  Staat der Auszahlung:  seit ..................... bis besteht\* | | JA – NEIN\*  ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER\*  Staat der Auszahlung:  seit ..................... bis besteht\* | |
| E **Staat, in dem die Krankenversicherung bezahlt wird** | | Name des Staates  seit ..................... bis besteht\* | | Name des Staates  seit ..................... bis besteht\* | |
| F **Grund für den Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik**  *(z. B.: Besuch einer Oberschule / Hochschulstudium, Familienzusammenführung, Ausübung einer Erwerbstätigkeit usw.)* | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| G **KINDER** | **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| Vorname |  |  |  |  |
| Nachname |  |  |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |  |  |
| Wohnsitz in der Slowakischen Republik | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* |
| Adresse  seit wann: |  |  |  |  |
| Wohnsitz außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* | Hauptwohnsitz – Nebenwohnsitz\* |
| Adresse  seit wann: |  |  |  |  |
| Name des behandelnden Arztes des Kindes  Adresse der Arztpraxis / Staat seit wann: |  |  |  |  |
| Geht das Kind zur Schule oder besucht es einen Kindergarten?  Wenn ja, bitte Name, Adresse und Staat angeben  seit wann: | JA – NEIN\* | JA – NEIN\* | JA – NEIN\* | JA – NEIN\* |
| Kinder ab 16 Jahren, die die Schule besuchen / studieren  *(bitte die Form des Unterrichts angeben)* | Präsenzunterricht – Fernunterricht \*  Schuljahr/Studienjahr: | Präsenzunterricht – Fernunterricht \*  Schuljahr/Studienjahr: | Präsenzunterricht – Fernunterricht \*  Schuljahr/Studienjahr: | Präsenzunterricht – Fernunterricht \*  Schuljahr/Studienjahr: |

**Eidesstattliche Versicherung über den Wohnsitz**

*(Seiten 1 bis 4 der Erklärung über den Wohnsitz)*

**Vor- und Nachname des Antragstellers / der Antragstellerin**.............................................................................................

Ich erkläre hiermit, dass alle in dieser Erklärung angeführten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich mir der Rechtsfolgen bewusst bin, die sich aus der Angabe falscher Informationen in dieser Erklärung ergeben können. Ich bin mir meiner Verpflichtung bewusst, den zu Unrecht erhaltenen Betrag der Familienleistungen zurückzuerstatten. Der/die Antragsteller/in wurde über die rechtlichen Folgen falscher Angaben in dieser Erklärung informiert.

Änderungen der oben angeführten Tatsachen sind dem Zahler, für den die Erklärung ausgefertigt wurde, vom Antragsteller / von der Antragstellerin unverzüglich, und zwar innerhalb von 8 Tagen, schriftlich mitzuteilen.

Ort: ..................................... Datum: .......................... Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin.......................................

**Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (Amt für Arbeit, Soziales und Familie)** ..............................................

Vorname und Nachname des Sachbearbeiters / der Sachbearbeiterin .........................................................

Datum .......................................

Unterschrift des Sachbearbeiters / der Sachbearbeiterin ...................................................................

Vorname, Nachname, Titel/Anrede

**Erläuterungen:**

\* Zutreffendes einkreisen

\*\* Der andere Elternteil des Kindes wird auch im Falle einer Scheidung aufgeführt, wenn die elterliche Sorge für das Kind nur auf einen Elternteil übertragen wird.