

Kwestionariusz pracownika / Employee questionnaire

Proszę uzupełnić formularz drukowanymi literami/
Please complete the form with capital letters



A. Dane obowiązkowe / Obligatory data

(Dane osobowe na Twój temat wskazane w części A kwestionariusza zbieramy w celu realizacji obowiązków pracodawcy jako administratora danych wynikających z przepisów prawa) / (We collect personal information about you indicated in section A of the questionnaire in order to fulfill employer's obligations as a data controller results from the legal provisions)

A.1. Dane osobowe / Personal data

Imię / First name		Nazwisko / Surname	
Drugie imię / Second name		Data urodzenia / Date of birth (dd-mm-yyyy)	
PESEL			

W przypadku obywatelstwa innego niż polskie należy wskazać serię i numer paszportu /
For other nationalities, please provide your passport number

Passport no.		Obywatelstwo (jeśli nie polskie) Citizenship (if not a Polish)	
--------------	----------------------	---	----------------------

A.2. Dane kontaktowe / Contact details

Nr telefonu / Phone number		Adres e-mail / e-mail address	
-------------------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

A.3. Adres zamieszkania / Address of residence

Województwo / Voivodeship		Powiat / County	
Gmina / Commune			
Miasto / City		Kod pocztowy / Post code	
Ulica / Street		Numer budynku / Building number	
		Nr mieszkania / Flat number	

A.4. Adres korespondencyjny / Address for correspondence

(Wypełnić jeśli różni się od adresu zamieszkania) / (To be filled if it is different than residence address)

Województwo / Voivodeship		Powiat / County		
Gmina / Commune				
Miasto / City		Kod pocztowy / Post code		
Ulica / Street		Numer budynku / Building number		Nr mieszkania / Flat number

A.5. Informacja o rachunku bankowym / Bank account details

Proszę o przekazywanie wszelkich należności ze stosunku pracy w Luxoft Poland Sp. z o. o. na mój rachunek bankowy: /
Please transfer all payments arising from my employment contract with Luxoft Poland Sp. z o. o. to my bank account:

Nazwa Banku / Name of the Bank	
Numer rachunku bankowego / Number of the bank account	

B. Dane fakultatywne / Optional data

(Dane osobowe na Twój temat wskazane w części B kwestionariusza zbieramy na potrzeby realizacji obowiązków pracodawcy jako płatnika podatku) / (We collect personal information about you indicated in section B of the questionnaire for the purposes of fulfilling employer's obligations as a tax payer)

B.1. Nazwa i adres właściwego Us / Name and address of the relevant tax office

Właściwy ze względu na adres zamieszkania/ relevant to the address of residence

Pełna nazwa Urzędu Skarbowego / Full name of Tax Office	
Dokładny adres / Exact address	

C. Oświadczenie rodzica | Opiekuna dziecka / Parent | Child's guardian statement

(Dane osobowe na Twój temat wskazane w części C kwestionariusza podajesz jeśli chcesz skorzystać z dodatkowych uprawnień związanych z rodzicielstwem przewidzianych w obowiązujących przepisach) / (You provide personal information about you indicated in part C of the questionnaire if you want to take advantage of additional rights related to parent-hood provided in the applicable legal provisions)

C.1. Niniejszym oświadczam, że stosownie do treści art. 188 Kodeksu Pracy / I here by declare that due to art.188 of Labour Code

☐ będę korzystać z / I will be using ☐ 2 dni / 2 days
☐ będę korzystać z / I will be using ☐ 16 godzin / 16 hours

Z przysługujących 2 dni / 16 godzin zwolnienia od pracy w ciągu roku na dziecko do lat 14. / 2 extra days /16 hours days off annually for childcare leave, applicable for children up to the age of 14.

I declare that I am a parent / legal guardian of children listed in the table:		Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym dzieci wyszczególnionych w tabeli:
Lp.	name and last name of the child / imię i nazwisko dziecka	date of birth / data urodzenia
1		
2		
3		
4		

INFORMACJA DLA PRACOWNIKA - art. 188 Kodeksu Pracy: "Pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do lat 14 przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy w wymiarze 16 godzin albo 2 dni z zachowaniem prawa do wynagrodzenia."

INFORMATION FOR AN EMPLOYEE - art. 188 of Labour Code: "An employee raising at least one child up to 14 years of age is entitled to 16 paid hours or 2 paid days off in a calendar year."

C.2. Niniejszym oświadczam, że stosownie do treści art. 148 pkt. 3 Kodeksu Pracy / I hereby declare that due to art. 148 point 3 of Labour Code

☐ Zgadzam się / I agree
☐ Nie zgadzam się / I do not agree

na przekraczanie 8-godzinnej dobowej normy czasu pracy. / to extend the 8-hour daily norm of working hours.

INFORMACJA DLA PRACOWNIKA - art. 148 pkt. 3 Kodeksu Pracy: "W systemach i rozkładach pracy. O których mowa w art. 135-138, 143, 144 czasu pracy pracowników opiekujących się dzieckiem do ukończenia przezeń 4 roku życia, bez ich zgody - nie może przekraczać 8 godzin. Pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany w związku ze zmniejszeniem z tego powodu wymiaru jego czasu pracy."

INFORMATION FOR THE EMPLOYEE - art. 148 point 3 of labour code: "In the working time systems and patterns referred to in articles 135 to 138, 143 and 144, the working time of employees taking care of a child up to 4 years of age cannot exceed 8 hours without their consent. An employee shall be entitled to remuneration for the time not worked due to the reduction of working time on that account."

**C.3. Oświadczam, że stosownie do treści art. 178 par. 2 Kodeksu Pracy /
I hereby declare that due to art. 178 par. 2 of Labour Code**

☐ Wyrażam zgodę / I give my consent

☐ Nie wyrażam zgody / I do not give my consent

**na pracę w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej oraz na oddelegowanie poza stałe miejsce pracy. /
to perform overtime work and night work, as well as to be posted to work outside of permanent workplace.**

INFORMACJA DLA PRACOWNIKA - art. 178 par. 2 Kodeksu pracy: "Pracownika opiekującego się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia nie wolno bez jego zgody zatrudnić w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, jak również oddelegować poza stałe miejsce pracy."

INFORMATION FOR THE EMPLOYEE - art. 178 par. 2 of Labour Code : "An employee taking care of a child up to 4 years of age shall not perform any overtime or night work, or work under the working time system referred to in article 139, and shall not be posted to work outside of the permanent workplace without the employee's prior consent."

D. Dane do ubezpieczeń ZUS / Data for the social security insurance (ZUS)

(Dane osobowe na Twój temat wskazane w części D kwestionariusza zbieramy na potrzeby realizacji obowiązków pracodawcy jako płatnika składek ZUS) / (We collect personal information about you indicated in section D of the questionnaire for the purposes of fulfilling employer's obligations as a social contribution payer)

D.1. Prawo do emerytury / Right to retirement pension

Mam ustalone prawo do emerytury /
I have an established right to a
retirement pension ☐ Tak / Yes

INFORMACJA DLA PRACOWNIKA - proszę załączyć ksero decyzji ZUS

INFORMATION FOR THE EMPLOYEE - please attach the photocopy of ZUS decision

D.2. Prawo do renty / Right to disability pension

Mam ustalone prawo do emerytury /
I have an established right to a
retirement pension ☐ Tak / Yes

Renta chorobowa / Renta rodzinna*
Sickness allowance / Family allowance*

INFORMACJA DLA PRACOWNIKA - proszę załączyć ksero decyzji ZUS

*** niepotrzebne skreślić /
delete when inapplicable**

INFORMATION FOR THE EMPLOYEE - please attach the photocopy of ZUS decision

**D.3. Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności /
The acquired medical certificate of a grade of disability**

☐ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności*
I have a medical certificate of disability*

***Zaznaczyć jeśli dotyczy i dostarczyć pracodawcy kopię orzeczenia o niepełnosprawności/Mark if applicable and provide the Employer with a copy of the disability certificate.**

Stopień niepełnosprawności* /
Grade of disability*

☐ lekki /
light

☐ umiarkowany /
medium

☐ znaczny /
significant

D.4. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia / Department of National Health Fund*

Właściwy ze względu na adres zamieszkania/ relevant to the address of residence

☐	01R	Dolnośląski Oddział NFZ
☐	02R	Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ
☐	03R	Lubelski Oddział NFZ
☐	04R	Lubuski Oddział NFZ
☐	05R	Łódzki Oddział NFZ
☐	06R	Małopolski Oddział NFZ
☐	07R	Mazowiecki Oddział NFZ
☐	08R	Opolski Oddział NFZ

☐	09R	Podkarpacki Oddział NFZ
☐	10R	Podlaski Oddział NFZ
☐	11R	Pomorski Oddział NFZ
☐	12R	Śląski Oddział NFZ
☐	13R	Świętokrzyski Oddział NFZ
☐	14R	Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ
☐	15R	Wielkopolski Oddział NFZ
☐	16R	Zachodniopomorski Oddział NFZ

*zaznaczyć właściwe / mark as appropriate

D.5. Zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego / Health insurance registration for the members of the family

(np. Niepracującego współmałżonka, dzieci do 26 roku życia lub innych osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu) / (e.g. Non-employed spouse, children up to 26 years old or other persons fully economically dependant on the employee)

Dane o członku rodziny pracownika I / Data about the family member I

Nazwisko / Surname		Nazwisko rodowe / Maiden name	
Imię / First name		Data urodzenia / Date of birth (dd-mm-yyyy)	
Drugie imię / Second name		Miejsce urodzenia / Place of birth	
Imię ojca / Father's name		Narodowość / Nationality	
Imię matki/ Mother's name		Obywatelstwo / Citizenship	
Województwo / Voivodeship		Powiat / County	
Gmina / Commune			
Miasto / City		Kod pocztowy / Post code	

Ulica / Street		Nr budynku / Building number		Nr mieszkania / Flat number	
Seria i numer dowodu / Series and number of ID		PESEL			
lub / or					
Paszport/ Passport					
Stopień pokrewieństwa / Degree of blood relation e.g., daughter, son etc.		Wspólne gospodarstwo/ Joint household	☐	Tak / Yes	
			☐	Nie / No	
Stopień niepełnosprawności* / Grade of disability*	☐	brak / none	☐	lekki / minimal	☐
				umiarkowany / moderate	☐
					znaczny / severe

*zaznaczyć właściwe / mark as appropriate

Dane o członku rodziny pracownika I / Data about the family member II

Nazwisko / Surname		Nazwisko rodowe / Maiden name	
Imię / First name		Data urodzenia / Date of birth (dd-mm-yyyy)	
Drugie imię / Second name		Miejsce urodzenia / Place of birth	
Imię ojca / Father's name		Narodowość / Nationality	
Imię matki/ Mother's name		Obywatelstwo / Citizenship	
Województwo / Voivodeship		Powiat / County	
Gmina / Commune			
Miasto / City		Kod pocztowy / Post code	
Ulica / Street		Nr budynku / Building number	
		Nr mieszkania / Flat number	
Seria i numer dowodu / Series and number of ID		PESEL	
lub / or			
Paszport/ Passport			

Stopień pokrewieństwa /
Degree of blood relation
e.g., daughter, son etc.

Wspólne gospodarstwo/
Joint household

☐ Tak / Yes
☐ Nie / No

Stopień niepełnosprawności* /
Grade of disability*

☐

brak /
none

☐

lekki /
minimal

☐

umiarkowany /
moderate

☐

znaczny /
severe

*zaznaczyć właściwe / mark as appropriate

E. Oświadczenie o zgodności danych / Data compliance statement

Niniejszym podpisem potwierdzam zgodność wszystkich powyższych danych ze stanem faktycznym /
By signing this questionnaire I confirm the compliance of all data with the facts

Data wypełnienia (dd-mm-rrrr) / Filling date (dd-mm-yyyy)

Podpis / Signature

F. Dane fakultatywne / Optional data

(Dane osobowe na Twój temat wskazane w części F kwestionariusza zbieramy na podstawie Twojej dobrowolnej zgody. Jeśli nie chcesz podawać danych wskazanych w części F kwestionariusza - pozostaw pola puste. Jednocześnie zachęcamy do podzielenia się nimi abyśmy w przypadkach nagłych mogli skontaktować się z odpowiednią osobą/Twoim krewnym) / (We collect personal information about you specified in section F of the questionnaire based on your voluntary consent. If you do not want to provide the data indicated in section F of the questionnaire - leave the fields empty. At the same time we encourage to share this data with us, so in case of the emergency situation we could contact with proper person/ your relative)

F.1. Kontakt w nagłych przypadkach / Emergency contact

Imię /
First name

Nazwisko /
Surname

Województwo /
Voivodeship

Powiat / County

Gmina /
Commune

Miasto / City

Kod pocztowy /
Post code

Ulica / Street

Nr budynku /
Building number

Nr mieszkania /
Flat number

Nr telefonu/
Phone number

Data wypełnienia (dd-mm-rrrr) / Filling date (dd-mm-yyyy)

Podpis / Signature