



# ONBOARDING DOCUMENTS

LET'S START!



Dear Epamer

Please send back to HR below documents:

1. One copy employment contract
2. One copy additional information to employment contract
3. One copy confidentiality and non-competition agreement
4. Personal questionnaire
5. Initial training form concerning industrial health and safety + declaration
6. Declaration about tax residence
7. Authorization for the employer to pay monthly salary into employee's bank account
8. Statement (work regulation, remuneration regulations, EPAM Code of Conduct, Employee Privacy Notice)
9. Statement about paid social insurance contributions - **if applicable**
10. Statement for the purpose of the use of parents and careers right – **if applicable**
11. Application to cover family member with health insurance – **if applicable**
12. PIT-2 – **if applicable**
13. Medical statement – **if you already have**
14. Joint taxation statement – **if applicable**
15. Application for increased tax expenses – **if applicable**
16. Application for higher tax rate – **if applicable**
17. Resignation from the so-called allowance for middle class – **if applicable**

<epam>

# OBLIGATORY DOCUMENTS

## EMPLOYMENT CONTRACT, ADDITIONAL INFORMATION TO THE CONTRACT, CONFIDENTIALITY AND NON-COMPETITION CLAUSE

---

Please note HR sends two copies of these documents. One copy is for the employee, second copy is for HR. Please send back only one copy of the document to HR together with onboarding documentation.

Please note the same applies to any documents that are duplicated: supplemental pays, sign-in bonuses, etc.

# PERSONAL QUESTIONNAIRE

---

This document enables us to register you as employee in our company system, register you at Social Insurance Institution and National Health Fund. At the end you will find authorization to data processing which is also required.

# HOW TO FILL?

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY / PERSONAL QUESTIONNAIRE



W związku z zatrudnieniem w firmie EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. składam oświadczenie następującej treści:  
In connection with my employment with EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. I hereby state the following:



### DANE OSOBOWE PERSONAL DATA

1	IMIĘ / name
2	DRUGIE IMIĘ / middle name
3	NAZWISKO / surname
4	NR PESEL/PESEL number (wypełnić w przypadku obywateli polskich oraz obcokrajowców mieszkających na terenie Polski z nadanym numerem PESEL/to be provided by Polish citizens and foreigners living in Poland who obtained PESEL number)
5	PLEĆ / gender
6	DATA URODZENIA / date of birth
7	MIEJSCE URODZENIA / place of birth (city)
8	OBYWATELSTWO / citizenship
9	NR PASZPORTU/Passport number (w przypadku nie posiadania nr PESEL/in case of not having PESEL number)

### DANE ADRESOWE ADDRESS DATA

ADRES ZAMIESZKANIA ACTUAL RESIDENCE ADDRESS	
10	KRAJ/ Country
	WOJEWÓDZTWO / province
	POWIAT / district
	GMINA / community
	ULICA / street
	NR DOMU/ building number
	NR MIESZKANIA/ appt. number
	MIEJSCOWOŚĆ / city
	KOD POCZTOWY / postal code

Please fill out all fields, in case you provide PESEL number, you don't have to provide passport number. Please leave passport number field blank in case you filled out PESEL number field. Please fill in your name and surname according to your passport.

Please provide address details of place where you actually live. Please note its very important to advise your HR representatives of any address changes.

# HOW TO FILL?

Are you currently claiming retirement benefit?  
If you are not, tick 'no'. If you are, tick 'yes' and provide statement from ZUS (Social Insurance Institution)

In case you ticked 'yes' in previous field, please provide the claiming dates

In case you ticked 'yes' in previous field, please provide the claiming dates

11	<b>ADRES DO KORESPONDENCJI*</b> <b>CORRESPONDENCE ADDRESS</b> <i>*(Jeżeli inny niż adres zamieszkania/ If different than residence address)</i>	
	KRAJ/ Country	
	WOJEWODZTWO / province	
	POWIAT / district	
	GMINA / community	
	ULICA / street	
	NR DOMU/ building number	
	NR MIESZKANIA/ apt. number	
	MIEJSCOWOŚĆ / city	
	KOD POCZTOWY / postal code	

If you want company letters to be send to address other than the actual one, please fill out this field

<b>URZĄD SKARBOWY ORAZ ODDZIAŁ NFZ</b> <b>TAX OFFICE AND NATIONAL HEALTH FUND</b>		
12	URZĄD SKARBOWY - WŁAŚCIWY ZE WZGLĘDU NA MIEJSCE ZAMIESZKANIA TAX OFFICE - RELEVANT TO THE ACTUAL ADDRESS OF STAY** (address of staying in Poland)	(full name, city)
+	ODDZIAŁ NFZ / NATIONAL HEALTH FUND	(relevant to the actual address)

Please provide name of the tax office which is applicable to your actual address of stay. If you are not sure which tax office is proper, you can go here:  
<https://bazy.hoga.pl/wyszukiwarka-urzedo-w-skarbowych/> type your address and see the result

<b>PRAWO DO RENTY, EMERYTURY</b> <b>RIGHT TO RETIREMENT AND PENSION</b>		
14	CZY POSIADA PAN(I) USTALONE PRAWO DO EMERYTURY? DO YOU HAVE DECLARED RIGHT TO RETIREMENT IN POLAND?	
	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	
	PROSZĘ WSKAZAĆ OKRES NA, JAKI ZOSTAŁO PANU(I) PRZYZNANE PRAWO DO EMERYTURY / PLEASE INDICATE PERIOD FOR WHICH THE RIGHT TO RETIREMENT WAS GRANTED?	
	Od..... Do.....	
15	CZY POSIADA PAN(I) USTALONE PRAWO DO RENTY? / DO YOU HAVE THE RIGHT TO PENSION IN POLAND?	
	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	
	PROSZĘ PODAĆ OKRES NA, JAKI ZOSTAŁO PANU(I) PRZYZNANE PRAWO DO RENTY / PLEASE INDICATE PERIOD ON WHICH THE PENSION WAS GRANTED?	
	Od..... Do.....	

Please note Nation Health Fund is divided by provinces, please either provide name of province (.Śląski, Mazowiecki) or the number of the branch of the Fund (ex. R12, R07) You can see available branches here:  
<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/identyfikatory-oddzialow-wojewodzkich-nfz/>

Are you currently claiming disability pension benefit?  
If you are not, tick 'no'. If you are, tick 'yes' and provide statement from ZUS (Social Insurance Institution)

# HOW TO FILL?

## OSWIADCZENIE O STOPNIU NIEPELNOSPRAWNOŚCI STATEMENT ABOUT THE LEVEL OF DISABILITY

16	<p><b>CZY POSIADA PAN(I) ORZECZENIE O STOPNIU NIEPELNOSPRAWNOŚCI?*</b>  <b>DO YOU HAVE CONFIRMATION OF THE LEVEL OF DISABILITY IN <u>POLAND</u>?*</b>  <i>(* właściwie zakreślić / mark where applicable)</i></p>
	<p><input type="checkbox"/> <b>I grupa</b> - znaczny stopień niepełnosprawności / <i>substantial level of disability</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>II grupa</b> - umiarkowany stopień niepełnosprawności / <i>moderate level of disability</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>III grupa</b> - lekki stopień niepełnosprawności / <i>light level of disability</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nie posiadam</b> / <i>I don't have confirmed disability</i></p>

If you have documented disability by certifying physician from ZUS (Social Insurance Institution), please tick the appropriate level and provide statement from ZUS. If you don't have disability, please tick the last box

**UWAGA!** JEŻELI POSIADA PAN(I) ORZECZONY STOPIEŃ NIEPELNOSPRAWNOŚCI, USTALONE PRAWO DO EMERYTURY LUB RENTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIE ZUS W TYM ZAKRESIE\*  
**PLEASE NOTE!** If you have declared that you have disability level recognized, right to retirement granted or right to life annuity please provide copy of ZUS confirmation.

17	<p><b>OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU</b>  <b>PLEASE INDICATE CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCY</b></p>	
	IMIĘ / name	
	NAZWISKO / surname	
	NR TELEFONU / phone number	

Please provide contact details to the person who should be notified in case of accident at work



# HOW TO FILL?

Please provide your first and last name

Ja/I,

.....  
*Imię I nazwisko/Name and Surname*

wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych osobowych **EPAM Systems (Poland) sp.z o.o.** w celu realizacji procesu administracji kadrowo-płacowej pracowników Spółki oraz upoważniam firmę **EPAM Systems (Poland) sp. z o.o.** do podpisania w moim imieniu dokumentu zgłoszenia do ZUS (ZUS ZUA).

W przypadku zmiany danych, zobowiązuję się do **niezwłocznego** poinformowania pracodawcy o zaistniałych zmianach.

**Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

*I agree to maintain and process my personal data in the **EPAM Systems (Poland) sp. Z o.o.** database for the purpose of HR administration and payroll processing for **EPAM Systems (Poland) sp. Z o.o.** employees. I also authorize **EPAM Systems (Poland) sp. Z o.o.** to sign on my behalf documents of registration with ZUS (ZUA).*

*In case of change of data I declare that I will immediately notify employer about changes.*

*I confirm the correctness of the above information with my original signature.*

Please provide  
place and date of  
signing

.....  
*Miejsowość i data*  
Place and Date

.....  
Czytelny podpis osoby składającej kwestionariusz  
Legible Signature

Please provide legible  
signature

# BANK AUTHORIZATION FORM

---

EPAM employees receive salary by means of bank transfer to their bank accounts. This form tells us to what bank account transfer your salary.

FOR FOREIGNERS:

Please note if you do not have Polish bank number yet, please submit this form as soon as you open the bank account.

# HOW TO FILL?



Please provide your full first and last name

Upoważnienie pracodawcy do przekazywania należności na rachunek bankowy /  
Authorization for the employer to pay monthly salary into Employee's bank account

Please provide the place and date of signing

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Pracownika /  
Employee's Name and Surname

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, Data  
Place and Date

Please provide the name and last name of the bank account holder

Niniejszym upoważniam EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. do przekazywania mojego wynagrodzenia za pracę na wskazany poniżej numer rachunku bankowego:

*I hereby authorize EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. to transfer my salary to the bank account indicated below:*

Please provide the name of the bank

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko właściciela rachunku / Name and Surname of Banks' account holder

Please provide the bank account number. Make sure the number is accurate and readable – printed, if possible.

\_\_\_\_\_  
Nazwa banku / Bank's name

Please sign here with legible signature

\_\_\_\_\_  
Numer konta / Bank account number

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika /  
Employee's signature

# STATEMENT

---

On your first day we will familiarize yourself with our work regulations, remuneration regulations and policies, Epam Code of Conducts, Employee Privacy Notice. Having this document signed is a requirement from Polish Labour Code.

# HOW TO FILL?

Please provide your first and last name

.....  
dane pracownika/employee's data

.....  
miejsce i data/ place and date

Please provide place and date of signing, please note the date should be the same as start date of your employment

## Oświadczenie

## Statement

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że w związku z podjęciem m zatrudnienia w Epam Systems (Poland) Sp. z o.o. na stanowisku ..... zostałem zapoznany z:

- 1) regulaminem pracy
- 2) regulaminem wynajania
- 3) Kodeks Postępowania EPAM
- 4) Informacja o ochronie danych EPAM

Hereby I confirm by signature, that in connection with taking up employment in Epam Systems (Poland) Sp. z o.o. on the position of ..... I have been familiarized with the following regulations:

- 1) Work Regulation
- 2) Remuneration regulations
- 3) EPAM Code of Conduct
- 4) Employee Privacy Notice

Please provide your job title in the company

Please sign here

.....  
podpis pracownika/employee's signature

# TAX RESIDENCE DECLARATION

---

This document specifies the country in which you want to settle your taxes. If you are a Polish resident, or a foreigner who intends to live a life in Poland you should indicate Poland as your country of tax residence.

# HOW TO FILL?

Please provide your first and last name and your actual address

.....  
Imię i Nazwisko /Name and Surname)  
.....  
Adres zamieszkania dla celów podatkowych (Tax Residential Address)  
.....

If you provide Poland, no further actions are needed – just sign the document below. If you indicate other country, please provide requested details

## Oświadczenie / Declaration

Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania dla celów podatkowych znajduje się na terytorium  
I declare that my residential address for tax purposes is on the territory of

.....  
(kraj rezydencji podatkowej / country of tax residential)

**! UWAGA: Jeżeli kraj rezydencji jest inny niż POLSKA należy podać również poniższe dane:**  
**! ATTENTION: If the country of residence is different than POLAND the following information must be given:**

Please provide foreign taxpayer identification number

1) Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika / Foreign taxpayer identification number.  
.....  
Rodzaj zagranicznego numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość) / The type of foreign identification number (identity document):

Please indicate the type of the number provided. Circle the correct option.

- a) TIN /TIN number
- b) Numer ubezpieczeniowy/social insurance number
- c) Paszport/ passport
- d) Urzędowy dokument stwierdzający tożsamość/ an official document confirming identity
- e) Inny rodzaj identyfikacji podatkowej/ a different kind of tax identification
- f) Inny dokument potwierdzający tożsamość/ other document confirming identity

Please provide the country where the number was issued

3) Kraj wydania numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość) / The country of issuing of identification number (identity document): .....

Please provide the date of signing

Oświadczam, że znane mi są przepisy Kodeksu karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością (art. 223 § 1). Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznając nieprawdę lub zatając prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia nowego oświadczenia w przypadku zmiany mojego miejsca zamieszkania dla celów podatkowych.

Please sign here

I declare that I familiar with regulations of the Criminal Code regarding responsibility for false declaration as in article 223 § 1. Whoever, giving testimony that serves as evidence in the court investigation or any other investigation base on statutory law, testify untrue or suppresses the truth, is subject to a sentence of imprisonment up to 3 years. Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia nowego oświadczenia w przypadku zmiany mojego miejsca zamieszkania dla celów podatkowych. Additionally, I undertake to submit a new statement in the case of a change of my place of residence for tax purposes.

.....  
Data (Date) ..... Podpis (Signature) .....

## FIRE PROTECTION & OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY TRAINING CARDS

---

These cards confirm that you underwent Fire Protection Training and Occupational Health and Safety training which are obligatory in Poland. These trainings will take place on your first day of employment.



# HOW TO FILL?

Oznaczenie Przewodniczącego/Employee's sign

**KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY**  
INITIAL TRAINING FORM CONCERNING INDUSTRIAL HEALTH AND SAFETY

1. Imię i nazwisko pracownika: (Full name of person undergoing training)		<b>NAME AND SURNAME</b>	
2. Nazwa Komisji Organizacyjnej (Name of work department):		<b>EPAM POLAND</b>	
3. Instruktor (General):		Instruktor ogólny przeprowadził w dniu: (General training conducted on):	
		..... ..... Safety Specialist	
3. Instruktor (General):		podpis osoby, której udzielono instruktażu* (Signature of the trainee) *	
4. Instruktor (Job-specific training):		1) Instruktor stanowiskowy na stanowisku pracy (job-specific training for the position of):	
		przeprowadził w dniu/dniach (conducted on):	
		Edyta Warkiewicz - Specjalista ds. BHP i P.POZ./Fire&Labour Safety Specialist	
		Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiedzy i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, Pan(i) (After a test of knowledge and skills concerning work in accordance with the principles of industrial health and safety, Mr(s)):	
		został(a) dopuszczony(-na) do pracy na stanowisku (was authorized to perform the job of):	
		.....	
4. Instruktor (Job-specific training):		podpis osoby, której udzielono instruktażu* (Signature of the trainee) *	
		data: podpis kierownika komisji organizacyjnej (date and signature of the department head)	
		2) Instruktor stanowiskowy na stanowisku pracy (job-specific training for the position of):	
		przeprowadził w dniu/dniach (conducted on):	
		Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, Pan(i) (After a test of knowledge and skills concerning work in accordance with the principles of industrial health and safety, Mr(s)):	
		został(a) dopuszczony(-na) do pracy na stanowisku (was authorized to perform the job of):	
		.....	
4. Instruktor (Job-specific training):		podpis osoby, której udzielono instruktażu* (Signature of the trainee) *	
		data: podpis kierownika komisji organizacyjnej (date and signature of the department head)	

Please sign here

Please sign here

\* Podpis stanowi zobowiązanie odbiorcy instruktażu, zastosowania się i przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy (dotyczy wyłącznie pracowników). The signature confirms that the signee has received and will familiarize with the rules and rules of safety and health related to the position.  
\*\* Wzrost nie przekracza 1,80 m, waga nie przekracza 80 kg, ciąża nie przekracza 12 tygodni. \*\* Height does not exceed 1.80 m, weight does not exceed 80 kg, pregnancy does not exceed 12 weeks.  
\*\*\* Wzrost nie przekracza 1,70 m, waga nie przekracza 70 kg, ciąża nie przekracza 12 tygodni. \*\*\* Height does not exceed 1.70 m, weight does not exceed 70 kg, pregnancy does not exceed 12 weeks.  
\*\*\*\* Wzrost nie przekracza 1,60 m, waga nie przekracza 60 kg, ciąża nie przekracza 12 tygodni. \*\*\*\* Height does not exceed 1.60 m, weight does not exceed 60 kg, pregnancy does not exceed 12 weeks.  
\*\*\*\*\* Wzrost nie przekracza 1,50 m, waga nie przekracza 50 kg, ciąża nie przekracza 12 tygodni. \*\*\*\*\* Height does not exceed 1.50 m, weight does not exceed 50 kg, pregnancy does not exceed 12 weeks.

# HOW TO FILL?

## NAME AND SURNAME

Employee's full name/imię i nazwisko

## DECLARATION

I, the undersigned, hereby certify that on:  
during introductory ~~basic~~ ~~periodical~~ \* fire safety training, I was familiarized with the "Fire Safety Manual" and with the obligations and rules of fire prevention and procedures in case of fire and other workplace risks in accordance with the training program described in the Manual mentioned above.

I further declare that on the first day of work I was familiarized with workplace risk assessment for administrative and office positions in EPAM Systems.

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a), niniejszym oświadczam, że w dniu:  
podczas szkolenia przeciwpożarowego w zakresie wstępnym/~~podstawowym~~/~~okresowym~~\* zostałem(am) zapoznany(a) z „Instrukcją bezpieczeństwa pożarowego” oraz z obowiązkami i zasadami w zakresie zapobiegania pożarom i postępowania na wypadek powstania pożaru lub innego miejscowego zagrożenia, zgodnie z programem szkolenia określonym w Instrukcji, o której mowa wyżej.

Ponadto oświadczam, iż w dniu rozpoczęcia pracy zostałem poinformowany o ryzyku zawodowym, związanym z moją pracą na stanowisku administracyjno-biurowym w Firmie EPAM Systems.

.....  
podpis osoby szkolącej /  
trainer's signature

.....  
podpis przeszkolonego / trainee's  
signature

Please sign here

# MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO WORK

---

Please note in Poland it is mandatory to obtain medical certificate of fitness to perform work issued by occupational medicine physician before start of employment.

Please provide us with a copy of certificate as soon as you receive it and send us original document together with signed and filled onboarding documentation

.....  
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

Rodzaj badania lekarskiego:  
wstępne/okresowe/kontrolne<sup>3)</sup>

**ORZECZENIE LEKARSKIE NR .....**  
**wydane na podstawie skierowania na badania lekarskie z dnia .....**

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do art. 43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), orzeka się, że:

Pan(i) .....,  
(imię i nazwisko)

nr PESEL \*\*)

zamieszkały(-ła) w .....,  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudniony(-na)/przyjmowany(-na)<sup>3)</sup> do pracy w .....,  
(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku/stanowiskach/stanowisko/stanowiska<sup>3)</sup>

- wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny(-na) do wykonywania/podjęcia<sup>3)</sup> pracy na określonym stanowisku (symbol 21)<sup>3)</sup>
- wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny(-na) do wykonywania/podjęcia<sup>3)</sup> pracy na określonym stanowisku (symbol 22)<sup>3)</sup>
- wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem ..... (symbol 23)<sup>3)</sup>.

Data następnego badania okresowego: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)

<sup>3)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 10 rozporządzenia, o którym mowa w odnieszniku 4.

# EMPLOYEE PRIVACY NOTICE

---

Please note to sign this document with signature at right bottom of each page and sign last page with signature and date

<epam>

# ADDITIONAL DOCUMENTS

## PIT-2 FORM

---

This document allows us to reduce the amount of advance personal income tax payment that is deducted from your salary. You **ONLY DO NOT FILL** this form if you are **self-employed, you claim retirement or disability pension, you claim benefits from Employment Agency or Guaranteed Employee Benefits Fund (FGŚP), you generate income from being a member of Farming Co-Op, you rent an apartment to someone.** The document must be submitted before the first calculation of monthly salary.

# HOW TO FILL?

WYPEŁNIĆ NA WZROSTKIE, KOMPUTEROWO LUB RĘCZNIE, DRUKOWANYM LUB WYDRUKOWANYM LITERAŁEM, CZYRNĄ LUB NIEBIESZĄ KOLOREM

1. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL  podatkowa

**PIT-2**

**OŚWIADCZENIE**  
pracownika  
dla celów obliczania miesięcznych zaliczek na podatki dochodowy od osób fizycznych

Podstawa prawna: Art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361 z późn. zm.), w sprawie (daty, ustawy)

**A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA**

2. Nazwisko	3. Imię i nazwisko	4. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)
-------------	--------------------	---

Wpiszmy określam płatnika:

.....  
IT Systems (Poland) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
(nazwa pełna zarobku, przyz)

jako właścicielowi do zmniejszania miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy o kwoty stanowiącej 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, określonej w pierwszym przedziale obowiązującej skali podatkowej, gdyż:

- 1) nie otrzymuje emerytury lub renty za poprzednictwem płatnika,
- 2) nie osiąga dochodów z tytułu casualności w rolniczej gospodarstwie produkcyjnej lub innej gospodarstwie zajmującej się produkcją rolną,
- 3) nie otrzymuje świadczeń pieniężnych od organu zatrudnienia lub od biura terenowego Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- 4) nie osiąga dochodów, od których jestem obowiązany(i) opłacić w ciągu roku podatkowego zaliczki na podstawie art. 44 ust.3 ustawy, tj. dochodów:
  - a) z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy,
  - b) z najmu lub dzierżawy

**B. PODPIS**

5. Data wypełnienia (dzień - miesiąc - rok)	6. Podpis
---	-----------

**Pouczenie**  
Oświadczam, że nie mam żadnych lub żądanie prawdy / przez to narazenie podatku na uszczerpkowanie grozi odpowiedzialność przewidziana w Kodeksie Słownym skarbowym.

**Oświadczenia**  
Oświadczanie należy złożyć płatnikowi przed pierwszą wypłatą wynagrodzenia w roku podatkowym.  
Oświadczanie nie składa się, jeżeli stan faktyczny wynika z oświadczenia złożonego w latach poprzednich nie uległ zmianie.  
Jeżeli podatnik powołał załóż pręcy o zmianie stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia, załóż pręcy nie zmniejsza zaliczki w wyżej określony sposób.

Formularz podatkowy w Excelu: [www.pit.rozkladka.pl](http://www.pit.rozkladka.pl)

**PIT-2** 1/1

Please provide your PESEL number, if you dont have PESEL number, please provide your Passport number

Please provide your last name

Please provide your first name

Please provide your date of birth in format DD-MM-YYYY

Please provide your signature

Please provide the date of signing in format DD-MM-YYYY



# INCREASED DEDUCTIBLE DEPRICIATION

---

You fill out this form if you live in a city different than the one your work office is located in. Why? People employed under employment contract are eligible for a tax relief due to commuting. If person lives outside the city where their company is located, they are eligible for even greater tax relief due to commuting.

# HOW TO FILL?



Place and Date

Please provide place and date of signing

## WNIOSEK O ZASTOSOWANIE PODWYŻSZONYCH KOSZTÓW UZYSKANIA PRZYCHODU

### DECLARATION OF EMPLOYEE FOR THE PURPOSE OF APPLICATION OF INCREASED DEDUCTIBLE DEPRICIATION

(Art. 32 sec. 5 of the Act of 26 July 1991 on individual income tax; ~~U.p.L.~~ of 2000, no.14, item 176, as amended)

Please provide your first name, last name and address of residence

~~Imię i nazwisko~~ / First name and surname

~~Adres zamieszkania~~ / Address of residence

Informuję, że miejsce mojego zamieszkania jest położone poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy i nie otrzymuję dodatku za rozłąkę ani zwrotu kosztów podróży oraz że koszty te nie są wliczone do mojej podstawy opodatkowania.

*I hereby inform that my address of residence is located outside of the city I work in and I do not receive expatriation allowance deriving from that fact and I do not receive reimbursement of travelling expenses or those costs are ~~included~~ in my taxable income.*

W związku z powyższym proszę o podwyższenie odliczanych mi zryczałtowanych kosztów uzyskania przychodów o 25 proc. miesięcznie.

*Therefore, please increase my deductible tax expenses by 25% monthly.*

Oświadczam, że o zmianie stanu faktycznego, wynikającego ze składanego oświadczenia poinformuję przed wypłatą wynagrodzenia za miesiąc, w którym zmiana zaszła.

*I confirm that in case of changes to the abovementioned situation I will inform before the salary payment in month, when the change occurs.*

Please sign here

~~Podpis~~/signature

# APPLICATION TO COVER FAMILY MEMBER WITH HEALTH INSURANCE

---

People who are working under contract of employment gain the right to health insurance. This means they can receive free medical care. They can also register their spouse or children if they don't have this right from other sources. Eligible children are those under 18, or under 26 if they still study, or children with certified disability without age limitation, or other family members cohabiting in the same household.

# HOW TO FILL?

**epam**

.....  
Imię i nazwisko / First name and surname

.....  
Adres zamieszkania / Address

.....  
Place and date

Please provide your first name, last name and actual residence address accordingly

Please provide place and date of signing

**ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO ZUS**  
**APPLICATION TO COVER FAMILY MEMBER WITH HEALTH INSURANCE**

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia ....., następujących członków mojej rodziny:  
I apply to cover with health insurance, starting from ....., the following family members:

Please provide your hire date here

**Imię i Nazwisko / First name and surname** .....

**Data Urodzenia / Date of birth:** .....

**Adres zamieszkania / Address:** .....

**PESEL / PESEL Number** .....

**Nr paszportu / Passport number** .....

**Stożenie pokrewieństwa / Relationship:** .....

Pozostaje w wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną:  
The person shares the household with the insured: TAK/YES NIE/NO

Pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej:  
The person is dependent on the insured: TAK/YES NIE/NO

Please provide all family member's details accordingly, if PESEL number is provided, there is no need to provide passport number

Please circle the applicable answer for both questions

**Imię i Nazwisko / First name and surname** .....

**Data Urodzenia / Date of birth:** .....

**Adres zamieszkania / Address:** .....

**PESEL / PESEL Number** .....

**Nr paszportu / Passport number** .....

**Stożenie pokrewieństwa / Relationship:** .....

Pozostaje w wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną:  
The person shares the household with the insured: TAK/YES NIE/NO

Pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej:  
The person is dependent on the insured: TAK/YES NIE/NO

**Imię i Nazwisko / First name and surname** .....

**Data Urodzenia / Date of birth:** .....

**Adres zamieszkania / Address:** .....

**PESEL / PESEL Number** .....

**Nr paszportu / Passport number** .....

**Stożenie pokrewieństwa / Relationship:** .....

Pozostaje w wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną:  
The person shares the household with the insured: TAK/YES NIE/NO

Pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej:  
The person is dependent on the insured: TAK/YES NIE/NO

## STATEMENT FOR THE PURPOSE OF THE USE OF PARENTS AND CAREERS RIGHTS

---

Parents have special employment rights. If your child is up to 4 years old you can refuse to work overtime, during night shifts or be delegated outside permanent workplace. If your child is up to 14 years old, you are eligible to receive 2 extra days for childcare leave. Please note that only one of working parents can use this right unless you decide to share. Then you can use one day and your spouse the other one. Please fill this out if you are a parent to inform us about your wishes.

# HOW TO FILL?

Please provide your first and last name



Imię i nazwisko / Name and Surname

Miejsce i data / Place and Date

Please provide place and date of signing

## OŚWIADCZENIE DLA CELÓW KORZYSTANIA Z UPRAWNIEŃ RODZICÓW I OPIEKUNÓW STATEMENT FOR THE PURPOSE OF THE USE OF PARENTS AND CAREERS RIGHTS

Oświadczam, że jestem rodzicem - opiekunem prawnym dzieci / I declare that I am the guardian of children listed in the table: wyszczególnionych w tabeli:

Lp.	Imię i nazwisko dziecka / Name and surname of the child	Data urodzenia / Date of birth
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Please provide your child/children's details: name and surname and date of birth

W związku z powyższym wyrażam zamiar korzystania z uprawnień wynikających z Kodeksu Pracy / Due to the above, I declare the intention to exercise the rights vested in Labour Code

- sprawując opiekę nad dzieckiem do lat **czterech** (właściwie zakreślić) / providing custody for the child up to age of **four** (please mark accordingly)

If you agree to work overtime and during night shifts, please tick 'I agree' box, if you do not wish to work overtime/at night time please tick 'disagree' box

<input type="checkbox"/> <b>wyrażam</b> / <input type="checkbox"/> <b>nie wyrażam</b>	<input type="checkbox"/> <b>I agree</b> / <input type="checkbox"/> <b>Disagree</b>
zgodę na pracę w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w przerywanym systemie czasu pracy (art. 178 § 2 K.p.)	To work overtime at the <u>night time</u> , in flexible working time (art. 178 § 2 <u>Labour Code</u> )
<input type="checkbox"/> <b>wyrażam</b> / <input type="checkbox"/> <b>nie wyrażam</b>	<input type="checkbox"/> <b>I agree</b> / <input type="checkbox"/> <b>Disagree</b>
zgodę na delegowanie poza stałe miejsce pracy (art. 178 § 2 K.p.)	to delegate me outside my permanent <u>work place</u> (art. 178 § 2 <u>Labour Code</u> )

If you agree to delegations tick 'I agree', if you don't wish to be delegated, please tick 'disagree' box

- sprawując opiekę nad dzieckiem do lat **czternastu** (właściwie zakreślić) / providing custody for the child up to age of **fourteen** (please mark accordingly)

<input type="checkbox"/> będę korzystał z 2 dni/16 godzin płatnego zwolnienia od pracy w roku kalendarzowym z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (art. 188 K.p.) (Współmałżonek/partner nie będzie korzystał)	<input type="checkbox"/> <b>I will</b> use 2 days/16 hours of paid exemption from work in a calendar year with the right to remuneration (Article 188 of <u>Labour Code</u> ). (my spouse/partner will not use them)
<input type="checkbox"/> będę korzystał z 1 dnia/8 godzin przysługującego zgodnie z art. 188 K.p. (z drugiego będzie korzystał współmałżonek)	<input type="checkbox"/> I will use 1 day/8 hours of paid exemption from work in a calendar year with the right to remuneration (Article 188 of <u>Labour Code</u> ). The second day will be used by my spouse/co-guardian of my child.
<input type="checkbox"/> nie będę korzystał z dni przysługujących zgodnie z art. 188 K.p.	<input type="checkbox"/> I will not use days of paid exemption from work in a calendar year with the right to remuneration (Article 188 of <u>Labour Code</u> ).

Please tick one box accordingly

Niniejsze oświadczenie zachowuje swoją ważność w okresie przysługiwania w/w uprawnień w czasie trwania stosunku pracy. W przypadku zmiany lub utraty uprawnień zobowiązuję się niezwłocznie poinformować pracodawcę o zaistniałym fakcie.

This statement retains its validity during the duration of the employment relationship. In case of any change or loss of permissions I undertake to inform the employer about this fact immediately.

Please provide your signature

Podpis / signature

# JOINT TAXATION

---

Polish tax residents are subject to Personal Income Tax which is deducted from their salaries. There are two tax rates:

- 17% is deducted when your yearly income does not exceed 120 000.00 PLN.
- 32% is deducted when your yearly income is equal to or exceeds 120 000.00 PLN.

Based on Joint Taxation statement, 17% tax is calculated in monthly salaries even when the annual income exceeds 120 000.00 PLN.

In the statement you declare that you want to file annual tax declaration together with your spouse, given the spouse do not earn any income or the income earned is less than 120 000.00 PLN.

\* Please note that this declaration is valid for a calendar year (tax year).

If situation changes during the year, please note you need to inform HR as soon as possible. To learn more please go to: <https://kb.epam.com/display/EPMPLHR/Mutual+taxation>

# HOW TO FILL?



NIP/PESEL/Passport number

Imię i nazwisko / Name and Surname

Please provide your last name, first name and PESEL number accordingly

## OŚWIADCZENIE DOT. WSPÓLNEGO OPODATKOWANIA

## JOINT TAXATION STATEMENT

Podstawa prawna: art. 32 ust. 1a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2105.)

Legal base: Art. 32 sec. 1a of the Act of 26 July 1991 on individual income tax (Dz.U. of 2021, item 2105)

Read the conditions – with the signature you declare that you meet the criteria.

Niniejszym proszę płatnika EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. o zastosowanie ulgowego sposobu obliczania zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych w 2022 r. gdyż:

Hereby I ask the employer (taxpayer) EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. to apply reduced monthly personal income tax advances in 2022, because:

1. Zamierzam opodatkować dochody łącznie z małżonkiem
2. Moje dochody przekroczą górną granicę pierwszego przedziału skali (120 000 PLN), a małżonek nie uzyskuje żadnych dochodów z wyjątkiem renty rodzinnej lub dochody małżonka mieszczą się w niższym przedziale skali (tj. poniżej 120 000 PLN)
3. Małżonek, z którym zamierzam się wspólnie opodatkować nie będzie korzystać w 2022 r. z możliwości obniżania zaliczki na podatek.

1. I will tax my income jointly with my spouse.
2. My cumulative annual income exceeds the tax threshold (120 000 PLN), and spouse does not receive any income apart from a survivor's pension, or annual cumulative income of the spouse is below the threshold of 120 000 PLN.
3. The spouse with whom I intend to tax in 2022 will not decrease the advances for the personal income tax.

Jednocześnie zobowiązuję się bezzwłocznie zawiadomić o faktycznej zmianie stanu uprawniającego do obniżki zaliczki na podatek lub utracie możliwości opodatkowania dochodów wspólnie z małżonkiem..

I oblige myself to prompt notification of any amendments of circumstances which entitle me to reduction of tax advance or losing the possibility to tax my income together with my spouse.

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karna skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

I declare that all facts above are given truthfully. I am aware of the criminal liability for providing false information.

Please provide date and signature

DATA i Podpis/DATE and Signature



# CONTRIBUTION DECLARATION

---

In Poland your gross salary is reduced by tax and contributions.

If the amount of deducted retirement pension contributions and disability pension contributions has or will exceed 177 660,00 PLN in 2022, the employer will stop deducting these two contributions types from your salary.

Please note that you do not have to provide this document if you know that this will not happen.


When in doubt, please ask your previous payroll provider for the social security base amount. Former employer will be able to give you this information.

Select only 1 checkbox on the statement.

FOR FOREIGNERS: Please do not submit this form if you have not been employed in Poland before.

# HOW TO FILL?

Please provide your first, last name and actual address of residence



.....  
Imię i nazwisko / Name and Surname

.....  
Miejscowość /data / Place and Date

.....  
~~Adres~~ / Address of residence

Please provide the place and date of signing

**OŚWIADCZENIE**

Podstawa prawna: Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13.10.1998, nowelizacja z dnia 23.12.1999r. (Dz. U. Nr. 110 poz. 1256)

Oświadczam, że podczas zatrudnienia u poprzedniego pracodawcy (poprzednich pracodawców) w 2022 roku zostały odprowadzone składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe:

- Od łącznej podstawy wymiaru składek w wysokości ..... PLN
- Kwota graniczna podstawy wymiaru składek tj. 177 660 PLN została przekroczona.
- Nie byłem/em zatrudniona/y w 2022 r.

Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w tym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

**STATEMENT**

Legal base: Law on Social Insurance System of 13.10.1998, as amended on 23.12.1999, (Journal of Laws No. 110, item 1256)

I declare that during the time of employment with the former employer (former employers) in 2022, social insurance contributions were paid:

- From the total contribution assessment base of ..... PLN
- Limit amount of the contribution assessment base of 177 660 PLN has been exceeded.
- I have not been employed in 2022.

At the same time, I declare that the information contained herein is true and accurate.

If the base of social contributions is reached, mark this option. When in doubt, ask previous employer about the amount.

.....  
~~Podpis~~ / Signature

Please provide your signature

If you did not work in Poland in 2022 mark this option.

If you think that the deducted contributions from previous employer and EPAM may exceed 177 600.00 PLN in 2022 ask previous employer about the amount and fill in the number. Submit the statment when ready.

## DECLARATION CONCERNING APPLYING HIGHER TAX RATE FOR PERSONAL INCOME TAX

---

Please provide this form if you have already exceeded income of 120 000.00 PLN gross in current year and you know that you now fall into second tax threshold of 32%.

FOR FOREIGNERS:

Please note you do not provide this form if you have not been employed in Poland before.

# HOW TO FILL?



.....  
Imię i nazwisko / Name and Surname

Please provide your first, last name and actual address of residence

.....  
Adres zamieszkania / Address of residence

.....  
Miejscowość i data / Place and Date

Please provide the place and date of signing

## WNIOSEK O ZASTOSOWANIE WYŻSZEJ ZALICZKI NA PODATEK DOCHODOWY

Podstawa prawna: art. 41a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426 ze zm.).

Upoważniam EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. do obliczania i pobierania zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych wg wyższej stawki procentowej tj. 32% od moich dochodów od wypłat realizowanych po:

.....  
[miesiąc]

.....  
[rok]

## APPLICATION FOR HIGHER TAX RATE

Legal base: Art. 41a of the Act of 26 July 1991 on individual income tax (J.o.L. of 2020, item 1426, as amended)

I hereby authorize EPAM Systems (Poland) Sp. z o.o. to calculate and to deduct a monthly income tax advance for personal income tax applying higher tax rate 32% starting from the salary paid out after:

.....  
[month]

.....  
[year]

Please provide effective date here (month and current year)

.....  
Podpis/Signature

Please provide your signature


## RESIGNATION FROM THE SO-CALLED ALLOWANCE FOR MIDDLE CLASS

---

From 2022, the employer is entitled to apply a relief for the so-called *middle class* for the months in which the employee will receive gross income in the amount of 5 701.00 PLN to 11 141.00 PLN.

If your cumulative annual income is less than 68 412.00 PLN or greater than 133 692.00 PLN, you are not entitled to this relief and may resign in advance (to avoid refund of the relief when submitting annual tax declaration).

# HOW TO FILL?

Please provide your first and last name		Please provide the place and date of signing
	imię i nazwisko / Name and Surname	Miejscowość i data / Place and Date
	<b>WNIOSEK</b>	<b>APPLICATION</b>
	o niestosowanie ulgi dla tzw. klasy średniej	for not applying the so-called allowance for the middle class
	Podstawa prawna: art. 32 ust. 2b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2105 ze zm.).	Legal base: Art. 32 sec. 2b of the Act of 26 July 1991 on individual income tax (J.o.L. of 2021, item 2105, as amended)
	Niniejszym wnoszę do płatnika EPAM Systems Poland o niepominięcie dochodu o kwotę ulgi dla pracowników, o której mowa w art. 32 ust. 2a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.	I hereby apply to tax remitter EPAM Systems Poland for not reducing the income by the amount of allowance for employees referred in Art. 32(2a) of the Personal Income Tax Act of 26 July 1991.
	O każdej zmianie stanu faktycznego upoważniającego płatnika do stosowania względem mnie ww. ulgi dla tzw. klasy średniej zobowiązuje się niezwłocznie poinformować pracodawcę.	I undertake to immediately inform the employer about any changes in the actual status authorizing the tax remitter to apply the allowance for the middle class with respect to my person.
		Please provide your signature
		Podpis/Signature

PLEASE SEND US PICTURES OR SCANS OF SIGNED DOCUMENTS AS SOON AS YOU FILL THEM TO  
HR\_PL@EPAM.COM

PLEASE ASK APPRPRIATE ADMIN TEAM TO ORDER COURIER THAT WILL COLLECT ORIGINALS FROM  
YOU

WFAADMINISTRATIVE**KATOWICE**@EPAM.COM  
WFAADMINISTRATIVE**KRAKOW**@EPAM.COM  
WFAADMINISTRATIVE**GDANSK**@EPAM.COM  
WFAADMINISTRATIVE**WROCLAW**@EPAM.COM

**THANK YOU!**