



Projekt: „Jest akcja: AKTYWIZACJA!”

nr POWR.01.02.01-16-1K01/19

## OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Nazwisko:.....

Imiona: .....

Data urodzenia .....

PESEL.....

Obywatelstwo: .....

### ADRES ZAMIESZKANIA

Gmina/Dzielnica.....Powiat.....Województwo.....

Kod: ..... Poczta:.....Miejscowość.....

Ul: .....Nr domu..... Nr mieszkania.....

### ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli inny niż adres stały zamieszkania)

.....  
.....

Telefon: .....

Adres e-mail:.....

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: .....

### NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE:

W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ **TAK** LUB **NIE** (W przypadku wpisania **TAK** należy uzupełnić kolumnę po prawej)

Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/Wojewódzkim Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy: .....
Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych		Zasiłek od dnia: ..... do dnia:.....
Jestem rencistą		Nr decyzji: ..... <i>Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat)</i>
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: ..... lekki/umiarkowany/znaczný (wpisać właściwe) <i>Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)</i>
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe		Świadczenia rentowe od dnia:.....do dnia:.....



Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inna umowę		Rodzaj umowy: ..... Okres obowiązywania umowy: ..... Nazwa zakładu pracy: ..... NIP zakładu pracy: ..... <b>Czy miesięczne wynagrodzenie jest równe lub wyższe od 2250,00 zł brutto?</b>
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym		W okresie: od .....do.....
Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej		
<b>Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu</b>		

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane podane w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.
2. O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym oświadczeniem, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Beneficjenta, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

..... <b>Miejscowość i data</b>	..... <b>Czytelny podpis Uczestnika Projektu</b>
------------------------------------	---

1. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach nowego okresu Programowania 2014 - 2020, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie zostaną zgłoszone do ubezpieczenia od pierwszego dnia szkolenia i odprowadzane będą od nich składki.
2. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i pobierają zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach nowego okresu Programowania 2014 - 2020, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie obowiązkowi ubezpieczenia społecznego podlegają tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych.