

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

Nazwisko: Imiona:

PESEL: Data urodzenia:

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Miejsce zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

W KAŻDEJ RUBRYCE NALEŻY **OBOWIĄZKOWO ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE** I W PRZYPADKU WPISANIA **TAK NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO RUBRYKĘ ZNAJDUJĄCĄ SIĘ PONIŻEJ**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/Wojewódz. Urzędzie Pracy:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nazwa Urzędu Pracy:	
2. Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zasiłek od dnia: do dnia:	
3. Jestem osobą niepełnosprawną:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znaczny* (niewłaściwe skreślić) Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)	
4. Jestem rencistą/tką (renta z tytułu niezdolności do pracy):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Świadczenie rentowe od dnia: do dnia: Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat) .	
5. Pobieram inne świadczenia rentowe (renta socjalna, renta rodzinna):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Świadczenie rentowe od dnia: do dnia: Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat) .	
6. Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ubezpieczenie KRUS od dnia: do dnia:	
7. Oświadczam, że nie podlegam z innego tytułu obowiązkowi ubezpieczenia społecznego (emerytalnego, rentowego i wypadkowego), ani ubezpieczenia zdrowotnego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

1. Podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).

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 Organizatora projektu, w terminie maksymalnym do 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 Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

.....
(data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)