



OŚWIADCZENIE osoby pobierającej stypendium

Nazwisko Imiona:.....
 Imię ojca: Imię matki:.....
 Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
 PESEL: Obywatelstwo
 Seria i numer dowodu osobistego: wydanego przez dnia.....

Miejsce zamieszkania

Gmina / Dzielnica Powiat: Województwo:
 Kod: Poczta: Miejscowość:.....
 Ul. Nr domu Nr mieszkania
 Adres do korespondencji:

 Adres e-mail:..... Telefon:.....
 Urząd Skarbowy:

Nr **mojego** rachunku bankowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

W każdej rubryce należy wpisać odpowiednio TAK lub NIE

W przypadku zaznaczenia w rubryce TAK proszę wypełnić (jeśli dotyczy) kolumnę po prawej:

Uczę się w szkole, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych		
Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy:
Posiadam prawo do zasiłku dla osób bezrobotnych		Zasiłek od dnia: do dnia:.....
Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/umowę cywilnoprawną/inną umowę*		Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy Podać rodzaj umowy:
		Okres obowiązywania umowy:



		Nazwa zakładu pracy: NIP zakładu pracy :
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym /bezpłatnym* *niewłaściwe skreślić		od dnia: do dnia:.....
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej		od dnia:
Jestem emerytem/rencistą		Nr decyzji:..... Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: Proszę dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
oraz pobieram z tego tytułu świadczenie rentowe		od dnia:..... do dnia:..... Nr decyzji:..... Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat)
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt „Daj Sobie Szansę!” będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.		

Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, 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 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany. 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.

.....

miejsowość i data

.....

podpis