

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

Nazwisko: Imiona:

PESEL: Data urodzenia:

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Miejsce zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

W KAŻDEJ RUBRYCE NALEŻY **OBYWIAZKOWO ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE** I W PRZYPADKU WPISANIA **TAK NALEŻY WYPEŁNIĆ OBYWIAZKOWO 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
<div style="border: 1px solid green; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">TAK - nie pracuję NIE - pracuję</div>	
Forma zatrudnienia (rodzaj umowy): zawarta od dnia: - do dnia z miesięczną podstawą niższą/równą lub wyższą* (niewłaściwe skreślić) niż minimalne wynagrodzenie. Jeżeli wyższe lub równe to wnoszę /nie wnoszę* (niewłaściwe skreślić) o dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe i wypadkowe z tytułu wykonywania pracy na podstawie zawartej umowy zlecenia poniżej/powyżej najniższej krajowej.	

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)

1 W przypadku odpowiedzi „NIE” należy obowiązkowo wypełnić wiersz pod oświadczeniem.

Należy obowiązkowo wypełnić pola w niebieskich ramkach

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS ZUA strona: 1 ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ
 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (wpisać TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)¹⁾
 03. Data powstania (dd / mm / rrrr) 04. Należka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK
 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL²⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu
 06. Nazwa skrócona
 07. Nazwisko
 08. Imię pierwsze

Jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ
 01. Numer PESEL²⁾ 02. 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole 04) 04. Seria i numer dokumentu
 05. Nazwisko
 06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ
 01. Imię drugie
 02. Nazwisko rodowe
 03. Obywatelstwo
 04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA
 01. Kod tytułu ubezpieczenia²⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH
 01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)
 02. Emerytalnemu 04. Chorobowemu
 03. Rentowym 05. Wypadkowemu

Pierwszy dzień stażu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
 01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 02. Kod oddziału NFZ R

Dwie cyfry zgodnie z identyfikatorem Oddziałów Wojewódzkich NFZ + litera „R” na końcu

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH
 Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami (wpisać X w odpowiednim polu)
 01. Emerytalnym 03. Rentowymi
 02. Od dnia (dd / mm / rrrr) 04. Od dnia (dd / mm / rrrr) 06. Okres (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM
 01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 01 - Dołnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
 02 - Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
 03 - Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
 04 - Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
 06 - Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
 07 - Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
 08 - Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
 09 - Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
 10 - Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
 11 - Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
 12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
 13 - Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
 14 - Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
 15 - Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
 16 - Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

- Identyfikatory Oddziałów Wojewódzkich NFZ**
- 01 - Dołnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
 - 02 - Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
 - 03 - Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
 - 04 - Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
 - 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
 - 06 - Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
 - 07 - Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
 - 08 - Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
 - 09 - Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
 - 10 - Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
 - 11 - Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
 - 12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
 - 13 - Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
 - 14 - Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
 - 15 - Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
 - 16 - Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

Należy obowiązkowo wypełnić pola w niebieskich ramkach

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYŃNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	-----	-----	----------	-----------------------------------------------------------------------------

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 05. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 05. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZUA.
²⁾Numer PESEL, podaje się, o ile został nadany.
³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.
⁴⁾ Blok X, wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

Należy obowiązkowo wypełnić pola w niebieskich ramkach

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZWUA

WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01 WYREJESTROWANIE
Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)

02 ZGŁOSZENIE KOREKTY
DANYCH O WYREJESTROWANIU
 Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01 Numer NIP (wpisać bez kresek)

02 Numer REGON

03 Numer PESEL¹⁾

04 Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06 Nazwa skrócona

07 Nazwisko

08 Imię pierwsze

Jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01 Numer PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

03. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole 04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń
od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Kod przyczyny
wyrejestrowania

V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania
stosunku pracy/ stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania/ wygaśnięcia
stosunku pracy/ stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

05. Strona z inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy
jeśli PRACOWNIK wpisać 1, jeśli PRACODAWCA - 2

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

