

## 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:**

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



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZZA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /  
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /  
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH<sup>1)</sup>

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 PESEL<sup>2)</sup>

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY ZGŁASZANEJ  
DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02.

03. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

dowód - nr 1  
paszport - nr 2

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,  
M - mężczyzna)

V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU

01. Kod tytułu  
ubezpieczenia<sup>3)</sup>

02. Kod wykonywanego  
zawodu<sup>4)</sup>

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku  
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

pierwszy dzień stażu

01. Data rozpoczęcia  
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

Identyfikatory Oddziałów Wojewódzkich NFZ

- 01 - Dolnośląski 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

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Gmina / Dzielnica	
<input type="text"/>	
04. Ulica	
<input type="text"/>	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**X. 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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Ulica		
<input type="text"/>		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09. Adres poczty elektronicznej		
<input type="text"/>		

**XI. 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

**XII. 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

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

<sup>2)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

<sup>4)</sup> Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZWUA

WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

### I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE Z  
UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE KOREKTY  
DANYCH O WYREJESTROWANIU Z  
UBEZPIECZEŃ (jeśli 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 PESEL<sup>1)</sup>

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

### III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL<sup>1)</sup>

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)<sup>2)</sup>

03. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.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. 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. Pieczęćka płatnika

### VI. 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

### VII. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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