

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/znaczący* (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
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 ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X) <input type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ <input type="checkbox"/>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		04. Nalepka „R” <input type="text"/>	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/>		02. Numer REGON <input type="text"/>	
03. Numer PESEL ²⁾ <input type="text"/>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="text"/> jeśli paszport - 2 <input type="text"/>	
05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>			
06. Nazwa skrócona <input type="text"/>			
07. Nazwisko <input type="text"/>			
08. Imię pierwsze <input type="text"/>		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾ <input type="text"/>		02. <input type="text"/>	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) <input type="text"/>		04. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>	
05. Nazwisko <input type="text"/>			
06. Imię pierwsze <input type="text"/>		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Imię drugie <input type="text"/>			
02. Nazwisko rodowe <input type="text"/>			
03. Obywatelstwo <input type="text"/>			
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) <input type="text"/>			
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾ <input type="text"/>			
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
		02. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>	
		04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>	
		03. Rentowym <input type="checkbox"/>	
		05. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>	
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>	
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH			
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)			
01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>	
02. Od dnia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		04. Od dnia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
		05. Chorobowym <input type="checkbox"/>	
		06. Od dnia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>	
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾ <input type="text"/>		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ <input type="text"/>	
		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

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
<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"/>

XII. 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"/>

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	
<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"/>		

XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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. Pieczęć płatnika składek

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 ZIUA.
²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.
⁴⁾ 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.
⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

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 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

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

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

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.