



Załącznik nr 2 do Umowy wsparcia projektowego

Oświadczenie osoby pobierającej stypendium

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

Miejsce zameldowania

Gmina/ Dzielnica Powiat Województwo

Kod: Poczta: Miejscowość

Ul: Nr domu: Nr mieszkania

Telefon: Adres e-mail:

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ TAK LUB NIE (W przypadku wpisania TAK należy uzupełnić kolumnę po prawej)

Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/Wojewódzkim Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy:
Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych		Zasiłek od dnia: do dnia:
Jestem	emerytem	Nr decyzji: Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)
	rencistą	
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znaczny (wpisać właściwe) Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe		Świadczenia rentowe od dnia:do dnia:



Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inna umowę	Rodzaj umowy: Okres obowiązywania umowy: Nazwa zakładu pracy: NIP zakładu pracy: Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym	W okresie: od do.....
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłem/łam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie <u>studiuję w formie studiów niestacjonarnych</u>	Jako potwierdzenie dołączam kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej.
Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)	
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej	

1. Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu
2. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).
3. 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 Beneficjenta, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

..... Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu
------------------------------------	---