



Załącznik nr 3 do umowy

Oświadczenie o ubezpieczeniu społecznym na potrzeby udziału w projekcie „Bądź POWER!” nr POWR.01.02.01-18-0002/17

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

NR rachunku bankowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Niniejszym oświadczam, że:

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

Jestem rencistą/ką		Nr decyzji: Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat)
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znacznym (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:
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym		W okresie: od do
Jestem osobą bierną zawodowo		
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/ studentem i nie ukończyłem/łam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych		
Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		



*Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020*

Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt "Bądź POWER!" będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu

1. Podane 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, zobowiązuje się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 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.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Uczestnika/czki lub opiekuna prawnego