



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej



OŚWIADCZENIE

W związku z zawartą **umową zlecenie** podaję niżej moje dane osobowe do celów podatkowych i ubezpieczeniowych

DOTYCZY UMOWY NRz dnia

1. Nazwisko:
2. Imię:
3. Adres zamieszkania (z kodem pocztowym):
.....
4. Nr telefonu kontaktowego.....
5. Województwo..... Powiat Gmina.....
6. Data urodzenia:
7. PESEL:
8. NIP: (wypełniają osoby prowadzące działalność gospodarczą)
9. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego (z kodem pocztowym):
.....

10. Jestem / nie jestem* pracownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Prudniku.

11. Informacja dotycząca zatrudnienia i posiadanych uprawnień w zakresie ubezpieczenia społecznego:

- a) jestem / nie jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę
Nazwa zakładu pracy, adres, etat stałego zatrudnienia
.....

a moje wynagrodzenie w w/w firmie wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie **mniej niż** minimalne wynagrodzenie*.

(Wynagrodzenie minimalne ze stosunku pracy w roku 2023 r. wynosi 3.490,00 zł brutto)

- b) przebywam / nie przebywam* na urlopie bezpłatnym,
- c) przebywam / nie przebywam* na urlopie wychowawczym,
- d) przebywam / nie przebywam* na urlopie macierzyńskim (rodzicielskim),
- e) podlegam / nie podlegam* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innej umowy zlecenia,

a moje wynagrodzenie z tytułu w/w umów zleceń w sumie wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie **mniej niż** minimalne wynagrodzenie*.

(Wynagrodzenie minimalne ze stosunku pracy w roku 2023 r. wynosi 3 490,00 zł brutto)

- f) prowadzę / nie prowadzę* pozarolniczą działalność gospodarczą
- g) mam / nie mam* ustalonego prawa do emerytury lub renty

(nr świadczenia i kto wypłaca,).....

- h) mam / nie mam* wydane orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu (lekkim, umiarkowanym, znacznym)* wydany na czas
- i) jestem / nie jestem** uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat,
- j) wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi,
- k) wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

12. Numer rachunku bankowego, do przekazywania należności z tytułu niniejszej umowy:

.....

13. O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Miejscowość i data.....

.....

podpis składającego oświadczenie

* Właściwe zaznaczyć poprzez postawienie znaku x, lub zakreślić właściwe

** status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba która kończy studia I stopnia licencjackie (inżynierskie), a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.