**OŚWIADCZENIE STYPENDYSTY DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZUS**

|  |  |
| --- | --- |
| Imiona i Nazwisko Stypendysty |  |
| Imię ojca |  | Imię matki |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Miejsce zamieszkania | Gmina |  | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod pocztowy | \_ \_ - \_ \_ \_ | Miejscowość |  |
| Ulica i numer domu |  |
| Telefon do kontaktu |  |
| Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania (Nazwa i adres) |  |
| Seria i numer dowodu osobistego |  |
| Nazwa banku |  |
| Numer konta bankowego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU**

Niniejszym oświadczam, że:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W każdej rubryce  |  | należy wpisać TAK lub NIE |
| W przypadku zaznaczenia w rubryce | TAK | proszę wypełnić (jeśli dotyczy) kolumnę po prawej |
|  |  |  |
| Uczę się w szkole |  | W załączeniu legitymacja nr…………...................………. |
| Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) |  |  |
| Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy |  | Nazwa Urzędu Pracy: …………………………………….. |
| Posiadam prawo do zasiłku dla osób bezrobotnych |  | Zasiłek od dnia: …………….…do dnia:….………...…… |
| Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/umowę cywilnoprawną/inną umowę\* |  | W załączeniu zaświadczenie z zakładu pracyNr ………………….. z dnia ………………………..……Rodzaj umowy: ………………………..………..……..… |
|  | Okres obowiązywania umowy: ……………………………………………….…………… |
| W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym / bezpłatnym\* \*niewłaściwe skreślić |  | od dnia: ……………..do dnia:…………………….……… |
| Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  | od dnia: …………………….…..…………………………. |
| Jestem emerytem/rencistą |  | Nr decyzji: ……………………………………………… W załączeniu kopia decyzji przyznającej emeryturę/rentę z uwzględnieniem dat |
| Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności |  | Stopień niepełnosprawności: ………………………...……W załączeniu kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)  |
| Pobieram stypendium sportowe w innej instytucji |  | od dnia: ………………do dnia…………………....………W załączeniu kopia decyzji przyznającej stypendium (z uwzględnieniem dat) |

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). 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 Urząd Miasta Jelenia Góra, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Urzędu Miasta Jelenia Góra o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

……….…………………………….

Data i czytelny podpis stypendysty

 ………….………………………….

Data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna

(wymagany w przypadku, gdy stypendysta jest osobą niepełnoletnią)

\*zaznaczyć odpowiednie