# *OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH*

# I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA.

Nazwisko .......................................................... Imiona:1............................................ 2......................................... Data miejsce urodzenia............................................................... Imiona rodziców ..................................................

PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ NIP \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Adres zameldowania na stałe:

Kod ......... -............ miejscowość ......................................................ul.......................................................................

nr domu .......... nr lokalu ............ tel. .......................................e-mail ………………………………………………

Adres zamieszkania:

Kod ......... -............ miejscowość ................................................................................................................................

ul. .............................................................................nr domu .............. nr lokalu .......... tel. ......................................

## II. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że

1. Jestem**\*** /nie jestem**\*** zatrudniony na podstawie umowy o pracę w wymiarze.......................................................

w...................................................................................................................................................................................

- osiągam**\*** /nie osiągam**\*** dochód w wysokości co najmniejminimalnego wynagrodzenia,

- przebywam\* /nie przebywam**\*** na urlopie bezpłatnym,

- przebywam\* /nie przebywam**\*** na urlopie wychowawczym,

1. Pobieram**\*** /nie pobieram**\*** emeryturę**\*** rentę**\*** świadczenie przedemerytalne**\*** zasiłek przedemerytalny**\*** Nr świadczenia ........................................................................ z ZUS Inspektorat w..................................................
2. Posiadam**\*** /nie posiadam**\*** ustalony stopień niezdolności do pracy.............................................orzeczony przez ..........................................................................na okres od ............................................do...................................
3. Podlegam\* /nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej i z tego tytułu opłacam za siebie składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty równej co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu.
4. Podlegam\* /nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej i z tego tytułu opłacam za siebie składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty niższej od minimalnego wynagrodzenia.
5. Jestem studentem (uczniem) i nie mam ukończonych 26 lat. \*
6. Podlegam\* /nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z umowy zlecenia, i wypłacane mi z umowy zlecenia wynagrodzenie (stanowiące podstawę wymiaru składek) jest równe co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu.
7. Podlegam\* /nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z umowy zlecenia, i wypłacane mi z umowy zlecenia wynagrodzenie (stanowiące podstawę wymiaru składek) jest niższe od minimalnego wynagrodzenia.
8. Podlegam\* /nie podlegam\* ubezpieczeniom społecznym z tytułu współpracy przy prowadzonej działalności.
9. Podlegam\* /nie podlegam\* ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego.
10. Urząd Skarbowy w ....~~............................................~~....przy ul. ...~~...............................................................~~............
11. ~~Wnoszę~~**\*** /nie wnoszę**\*** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym\*, rentowym\*, chorobowym\*.
12. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia………………………………………………………………………...

Oświadczam że powyższe dane wypełniłem zgodnie z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy.

O wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 3 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które maja wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się:

1. Zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia, w tym od zadłużenia powstałego w związku z nieopłaceniem składek w części finansowanej przez płatnika,
2. Wyrażam zgodę na potrącenia powyższych należności, z wypłacanego mi w przyszłości wynagrodzenia.

Miejscowość, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis składającego oświadczenie

\* - niepotrzebne skreślić