**O Ś W I A D C Z E N I E osoby pobierającej stypendium w ramach**

**Projektu OD WYKLUCZENIA DO ZATRUDNIENIA, nr projektu RPWP.07.01.02-30-0125/22**

Nazwisko .................................................................................... Imiona:...................................................................................................................

Imię ojca: ................................................................................... Imię matki: ............................................................................................................

Data urodzenia: .......................................................................... Miejsce urodzenia: ..................................................................................................

PESEL: ......................................................................................... Obywatelstwo . ......................................................................................................

**Miejsce zamieszkania**

Gmina / Dzielnica .................................................... Powiat: ................................................................ Województwo: ................................................

Kod: ............................... Poczta: ….................................................................. Miejscowość:.........................................................................................

ul. ........................................................................................................................................ nr domu ......................... nr mieszkania .........................

Adres do korespondencji: ..............................................................................................................................................................................................

Adres e-mail:....................................................................................................... telefon:..............................................................................................

oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: ........................................................................................................................................................................

Urząd Skarbowy: ..........................................................................................................................................................................................................

**Nr rachunku bankowego |\_\_\_ \_\_\_|\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_|\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_|\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_|\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_|\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_|\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_|**

***W przypadku gdy właścicielem konta jest inna osoba niż Uczestnik Projektu należy uzupełnić poniżej oraz wypełnić załącznik NR 1 i 2***

**Imię i nazwisko właściciela konta:…………………………………………………………………………………………………………….………**

**Adres właściciela konta:……………………………………………………………………………………………………………………………….……**

**Stopień pokrewieństwa……………………………………………………………………………………………………………………….……………..**

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM**

**Niniejszym oświadczam, że:**

W każdej rubryce należy wpisać odpowiednio **TAK** lub **NIE**

**TAK**

W przypadku zaznaczenia w rubryceproszę wypełnić (jeśli dotyczy)kolumnę po prawej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) |  |  |
| Jestem zarejestrowany w 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\** |  | ***Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy***  *Podać rodzaj umowy: ………………………………………………………….……………………* |
| Okres obowiązywania umowy: …………………………………………….………………….. |
| Nazwa zakładu pracy: ……………………………………………..……..…..……………………..  NIP zakładu pracy : ……………………………………………………………………………………. |
| W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym / bezpłatnym\*  \*niewłaściwe skreślić |  | od dnia: …………………….…..…………….do dnia:……………………………..….. |
| Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem (do ukończenia 26 lat) |  | nazwa uczelni…………………………………………………………………………………….  adres uczelni………………………………………………………………………………………  nr legitymacji…………………………………………………………………………………….. |
| Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  | od dnia: …………………….…..……………. |
| Jestem emerytem/rencistą\*  \*niewłaściwe skreślić |  | Nr decyzji: …………………………………………………………………………………..….… **Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę z uwzględnieniem dat)** |
| Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności |  | Stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………..  **Proszę dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)** |
| oraz pobieram z tego tytułu świadczenie rentowe |  | od dnia: …………………….…..…………….do dnia:……………………………..………..  Nr decyzji: …………………………………………………………………………………..….………..  **Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat)** |
| Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt OD WYKLUCZENIA DO ZATRUDNIENIA, nr projektu RPWP.07.01.02-30-0125/22 będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu. |  |  |
| Chcę zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, który:   * pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym * nie posiada statusu osoby bezrobotnej |  | Imię i nazwisko………………………….……………………………………………..….………..  Pesel………………………………………………….……………………..…….…………...………  Adres zamieszkania……………………………………………………………………………....  Data urodzenia …………………………………………………………………………………….  Stopień niepełnosprawności…………………………………………………………………  Stopień pokrewieństwa……………………….……………………………………….…….... |

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. 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 Organizatora projektu, 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 Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.**

Oświadczam, że znana jest mi treść Regulaminu projektu w zakresie przyznawania i wypłacania stypendiów szkoleniowych, stażowych w ramach Projektu OD WYKLUCZENIA DO ZATRUDNIENIA, nr projektu RPWP.07.01.02-30-0125/22

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres mailowy informacji zgodnej z art. 41 ust. 8 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych [Dz. U. 1998 Nr 137 poz. 887 z późn. zm.]

.............................................................. ...................................................................

miejscowość i data podpis

**Załączniki:**

**1.Oświadczenie o braku konta**

**2.Oświadczenie właściciela konta**

1. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie zostaną zgłoszone do ubezpieczenia od pierwszego dnia szkolenia i odprowadzane będą za nie składki. 2. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i pobierają zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie obowiązkowi ubezpieczenia społecznego podlegają tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych i w dalszym ciągu będą ubezpieczone przez Urząd Pracy.