Załącznik nr 1 do REGULMINU WYPŁATY STYPENDIÓW

w ramach projektu „Aktywni razem”

**Oświadczenie osoby pobierającej stypendium**

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

Nazwisko rodowe: ……………………………………………………….

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

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

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

**Miejsce zamieszkania**   
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 |\_\_ \_\_|\_\_ \_\_ \_\_ \_\_|\_\_ \_\_ \_\_ \_\_|\_\_ \_\_ \_\_ \_\_|\_\_ \_\_ \_\_ \_\_|\_\_ \_\_ \_\_ \_\_|\_\_ \_\_ \_\_ \_\_|

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM**

**Niniejszym oświadczam, że:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/Wojewódzkim  Urzędzie Pracy. | |  | Nazwa Urzędu Pracy: …………………………… |
| Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych | |  | Zasiłek od dnia: ……………..………………..  do dnia: ……………………………….. |
| Jestem | emerytem |  | Nr decyzji: …………………………………………… **Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)** |
| rencistą |  |
| Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności. | |  | Stopień niepełnosprawności: ………………….………………………………...……. lekki/umiarkowany/znaczny (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: ………….……..… |
| Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inna umowę. | |  | Rodzaj umowy: …………………………………………………….. Okres obowiązywania umowy: ……………………………… Nazwa zakładu pracy: ………………………………………………………………………………  NIP zakładu pracy: ………………………………………………..  Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy |
| W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym. | |  | W okresie: od ………………………. do ………………………… |
| Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłem/łam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuję w formie studiów niestacjonarnych | |  | Jako potwierdzenie dołączam kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej |
| Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. | |  |  |
| Prowadzę działalności gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej. | |  |
| Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt „Aktywni razem” 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 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.**
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. .**

...................................................................... ..............................................................................   
 data rozpoczęcia zajęć podpis Uczestniczki/ka Projektu

1. **Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach nowego okresu Programowania 2014 – 2020, 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 od nich składki.**
2. **Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i pobierają zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach nowego okresu Programowania 2014 – 2020, 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.**

……………………………………………………..

podpis Uczestniczki/ka Projektu