



**OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM
PROJEKTU
DOŚWIADCZENIE ZAWSZE W CENIE nr RPLB.06.02.00-08-0017/17**

I DANE PODSTAWOWE

Imię:		PESEL:	
Nazwisko:		Obywatelstwo:	
Imię ojca:		Imię matki:	
Miejsce urodzenia:		Seria i nr dowodu osobistego	
wydanego przez:			
MIEJSCE ZAMELDOWANIA			
Gmina:		Powiat:	
Województwo:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Miejscowość:	
Ulica:		Nr domu/Nr mieszkania	
KONTAKT			
Telefon:		Email:	

Oddział NFZ:	
Urząd Skarbowy nazwa i adres	
Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego:	
Nr rachunku bankowego	-----



II. DANE DO UBEZPIECZENIA		TAK	NIE
1. Jestem zatrudniony na umowę o pracę w innym zakładzie pracy i otrzymuję wynagrodzenie niższe od 2100,00 zł brutto.			
2. Jestem zatrudniony na umowę o pracę w innym zakładzie pracy i otrzymuję wynagrodzenie wyższe/równe 2100,00 zł brutto, nazwa, adres zakładu /zakładów pracy			
3. Jestem zatrudniony na umowę zlecenie w innym zakładzie pracy i otrzymuje wynagrodzenie niższe od 2100,00 zł brutto.			
4. Jestem zatrudniony na umowę zlecenie w innym zakładzie pracy i otrzymuję wynagrodzenie wyższe, równe 2100,00 zł brutto, nazwa, adres zakładu /zakładów pracy			
5. Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą			
6. Jestem emerytem i jest to moje jedyne źródło utrzymania			
7. Jestem emerytem zatrudnionym na umowę zlecenie z innym zleceniodawcą			
8. Jestem rencistą i jest to moje jedyne źródło utrzymania			
9. Jestem rencistą zatrudnionym na umowę o pracę z innym pracodawcą			
10. Jestem rencistą zatrudnionym na umowę zlecenie z innym zleceniodawcą Nr świadczenia emerytalnego/rentowego Nazwa i adres Oddziału ZUS			
11. Jestem bezrobotnym zarejestrowanym w Urzędzie Pracy			
12. Przebywam na urlopie wychowawczym			
13. Przebywam na urlopie macierzyńskim			
14. Jestem rolnikiem i jest to moje jedyne źródło utrzymania			
15. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem (do ukończenia 26 lat) Nazwa uczelni, adres, nr legitymacji			
16. Pozostaję w stosunku służby policyjnej, wojskowej, więziennej (z wyłączeniem celników)			
17. Żadne z powyższych (wpisać inny tytuł do ubezpieczenia)			
III. DANE DODATKOWE DO UBEZPIECZENIA		TAK	NIE
1. Dodatkowo wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym (dotyczy wyłącznie osób, które w części II zaznaczyły pkt.: 2, 3, 4, 6, 8, 9,12, 15)			
2. Dodatkowo wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (dotyczy wyłącznie osób, które w części II zaznaczyły pkt.: 1, 5, 13, 16,)			
IV. POZOSTAŁE DANE		TAK	NIE
1. mam ustalone prawo do renty rodzinnej			
2. mam przyznaną rentę socjalną			
3. Posiadam orzeczenie stopniu niepełnosprawności			
stopień	Lekki	Umiarkowany	znaczny

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawidłowych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów realizacji projektu. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić JMM.

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA