



Projekt realizowany w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych

**OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM
PROJEKTU**

**„BO JAK NIE WY, TO KTO? Projekt indywidualnej i kompleksowej aktywizacji zawodowo-
edukacyjnej młodych mieszkańców Małopolski Zachodniej”**

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

1. Jestem zatrudniony na umowę o pracę w innym zakładzie pracy i otrzymuję wynagrodzenie niższe od 1850,00 zł brutto.
2. Jestem zatrudniony na umowę o pracę w innym zakładzie pracy i otrzymuję wynagrodzenie wyższe ,równe/1850,00 zł brutto,
nazwa, adres zakładu /zakładów pracy
3. Jestem zatrudniony na umowę zlecenie w innym zakładzie pracy i otrzymuje wynagrodzenie niższe od 1850 zł brutto.
4. Jestem zatrudniony na umowę zlecenie w innym zakładzie pracy i otrzymuję wynagrodzenie wyższe ,równe/1850 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
16. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem (do ukończenia 26 lat)
Nazwa uczelni, adres, nr legitymacji
17. Pozostaję w stosunku służby policyjnej, wojskowej, więziennej (z wyłączeniem celników)
18. Żadne z powyższych (wpisać inny tytuł do ubezpieczenia)

III. DANE DODATKOWE DO UBEZPIECZENIA

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)
 Tak Nie
2. **Dodatkowo** wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (dotyczy wyłącznie osób, które w części II zaznaczyły pkt.: 1, 5, 13, 16,)
 Tak Nie



IV. POZOSTAŁE DANE

- mam ustalone prawo do renty rodzinnej: Tak Nie

- mam przyznaną rentę socjalną: Tak Nie

2. Posiadam orzeczenie stopniu niepełnosprawności: Tak Nie

- w stopniu lekkim umiarkowanym znacznym

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