

Załącznik do umowy uaktywniającej w ramach projektu pn. „Niania szansą na powrót do pracy 2”

OŚWIADCZENIE DO CELÓW SKŁADKOWO-PODATKOWYCH

Dane personalne Zleceniobiorcy

Nazwisko

IMIONA : 1. 2.

Data i miejsce urodzenia

NR PESEL NR NIP

OBYWATELSTWO

ADRES ZAMIESZKANIA (będący jednocześnie adresem do wykazania na druku PIT)

gmina/dzielnica..... województwo powiat.....

ulica nr domunr mieszkania

kod pocztowy miejscowość/poczta

numer telefonu.....

pełna nazwa i adres urzędu skarbowego.....

DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO

NAZWA BANKU

NUMER KONTA BANKOWEGO

OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):

jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem (am) 26 lat (nr legitymacji.....)

jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łącna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi mniej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę

jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja **łącna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi co najmniej** tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę

prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**

prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od „preferencyjnej” podstawy wynoszącej co najmniej **30% minimalnego wynagrodzenia, ale mniej niż płaca minimalna** (na mocy art. 18a / 18c ustawy o sus)

prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam na mocy 18c ustawy o sus składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę**

prowadzę działalność, z racji której korzystam z **ulgi na start**

jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym

jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie macierzyńskim

nie posiadam innych tytułów do ubezpieczeń społecznych

jestem emerytem/rencistą

legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu

nie wnoszę wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

.....

(inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

NALEŻĘ DO ZAZNACZONEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:

Dolnośląski | Kujawsko- Lubelski | Lubuski | Łódzki | Małopolski | Mazowiecki | Opolski | Podkarpacki | Podlaski | Pomorski | Śląski | Świętokrzyski | Warmińsko-Mazurski | Wielkopolski | Zachodniopomorski |

.....
data

.....
Podpis Zleceniobiorcy