

....., dnia

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH, UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM SPORTOWE

I. Dane podstawowe stypendysty:

Nazwisko i imiona

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Imiona Rodziców

adres zameldowania (pobyt stały)

kod pocztowy miejscowość

ulica nr domu/nr mieszkania

Gmina Powiat województwo

adres zamieszkania:

kod pocztowy miejscowość

ulica nr domu/nr mieszkania

Gmina Powiat województwo

*** Identyfikator podatkowy**

Urząd Skarbowy

Do rozliczeń z Urzędem Skarbowym posługuję się adresem zameldowania/zamieszkania**

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

II. Dane uzupełniające – sytuacja ubezpieczeniowa stypendysty:

1. Jestem zatrudniony na podstawie – należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

Forma zatrudnienia	Wymiar czasu pracy	Nazwa Zakładu Pracy	Wynagrodzenie jest objęte obowiązkową składką na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe)
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Prowadzę działalność gospodarczą			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości /opłacam składki społeczne na preferencyjnych warunkach			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

2. Mam ustalone prawo do emerytury: TAK / NIE**

znak:

Mam ustalone prawo do renty (z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej, itp.) TAK / NIE**

znak:

od dnia do dnia

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE**

w stopniu lekkim/ w stopniu umiarkowanym /w stopniu znacznym**

3. Jestem/nie jestem** studentem lub uczniem, nr legitymacji

nazwa uczelni rok studiów

(zaświadczenie ze szkoły lub uczelni)

4. Jestem/nie jestem** osobą bezrobotną:

Jeśli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie)

z prawem/bez prawa** do zasiłku dla bezrobotnych

5. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników: TAK / NIE**

od dnia

Numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Urzędu Miejskiego w Cieszynie o jakichkolwiek zmianach dotyczących niniejszego oświadczenia w terminie 7 dni od daty ich wystąpienia.

Jestem świadoma(-my) odpowiedzialności finansowej i karnej za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zobowiązuję się do poniesienia konsekwencji finansowych z tytułu błędnego poinformowania przyznającego stypendium.

.....
/podpis przedstawicieli ustawowych - rodziców/

* dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą jest to numer NIP, w pozostałych przypadkach proszę wpisać nr PESEL)

** niepotrzebne skreślić