

OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM

w ramach projektu "Od zwolnienia do zatrudnienia – kompleksowy outplacement w województwie łódzkim z zastosowaniem multimedialnych narzędzi rynku pracy"

Nr RPLD.10.02.02-10-0025/16-00

Realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020

Oś Priorytetowa X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie”

Działanie X.2 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw”

Poddziałanie X.2.2 „Wdrożenie programów typu outplacement”

Nazwisko:

Imiona:.....

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:.....

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

Seria i numer dowodu osobistego: wydanego przez
.....

Miejsce zameldowania:

Gmina / Dzielnica: Powiat:

Województwo:.....

Kod: Poczta: Miejscowość:

ul: Nr domu: Nr mieszkania.....

Telefon: Adres e-mail:

Oddział NFZ:.....



Nr konta bankowego do przelewu stypendium:

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

(W przypadku zakreślenia odpowiedzi **TAK**, należy wypełnić kolumnę po prawej stronie)

Jestem zarejestrowany w urzędzie pracy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nazwa Urzędu Pracy
Pobieram zasiłek dla bezrobotnych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Zasiłek: od dnia..... do dnia
Jestem emerytem/rencistą	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr decyzji:
Jestem osobą z niepełnosprawnością	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Prosimy dołączyć zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności
Pobieram świadczenie rentowe z tytułu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Świadczenie rentowe: od dnia do dnia.....
Jestem zatrudniona/zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę / umowę cywilną / inną umowę	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	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	TAK <input type="checkbox"/>	W okresie: od dnia

	NIE <input type="checkbox"/> do dnia
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem i nie ukończyłam/ ukończyłem 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	<i>Jako potwierdzenie prosimy dołączyć kopie legitymacji uczniowskiej/studenckiej</i>
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wpis o otwarciu działalności gospodarczej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	<i>Prosimy dołączyć kopie wpisu bądź wniosku z CEIGD</i>

1. Wyrażam zgodę, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt „Od zwolnienia do zatrudnienia...” będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.
2. 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).
3. 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.
4. 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.

.....
Miejsce, data

.....
Podpis uczestnika projektu