**F-PST.IV/06 (13.12.2019)**

# OŚWIADCZENIE

**do celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego**

NAZWISKO: ……………………………………………………………………………………………………..………

IMIĘ: …………………………………………………………………………………………………………………..….

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………….……..

NIP (tylko w przypadku posiadania zarejestrowanej działalności gospodarczej)……………………………..……..…..

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

TELEFON KONTAKTOWY: ……………………………………………………………….………………….……….

ADRES E-MAIL: …………………………………………………………………………………………….…………..

ODDZIAŁ NFZ: …………………………………………………………………………………………………….……

*(numer lub nazwa oddziału NFZ)*

URZĄD SKARBOWY: …………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i miejscowość urzędu skarbowego)*

*Urząd skarbowy powinien być zgodny z miejscem zamieszkania*.

Oświadczam, że jestem rezydentem podatkowym (swoje roczne rozliczenie podatkowe składam) w kraju .......................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ADRES ZAMELDOWANIA | ADRES ZAMIESZKANIA DO PIT |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |  |
| KOD POCZTOWY |  |  |
| ULICA/OSIEDLE |  |  |
| NR DOMU |  |  |
| NR LOKALU |  |  |
| POWIAT |  |  |
| GMINA |  |  |
| POCZTA |  |  |

**Oświadczam, że w okresie przyznanego mi stypendium sportowego:**

1. Posiadam / nie posiadam\* status:

- **ucznia** szkoły podstawowej, gimnazjalnej, ponadgimnazjalnej, policealnej

……………………………………………………………………………………………………………………..………

*(nazwa szkoły)*

- **studenta**

………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa uczelni)*

Proszę podać przewidywany termin ukończenia szkoły/ studiów: ……………………………………………..…..

*(miesiąc/rok kalendarzowy)*

***UWAGA! Do oświadczenia należy dołączyć kopię aktualnej legitymacji studenckiej/uczniowskiej***

\* W przypadku utraty statusu ucznia lub studenta NIEZWŁOCZNIE powiadomię o tym Urząd

Marszałkowski Województwa Lubelskiego ( m.in. rezygnacja z dalszej nauki, usunięcie z listy uczniów lub studentów danej placówki, złożenie egzaminu dyplomowego studiów I lub II stopnia albo uzyskanie tytułu inżyniera)

2.Jestem/nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy o pracę ……………………………………………………………………………………………………………..……………

*(nazwa zakładu pracy)*

Umowa jest zawarta na czas nieokreślony\* / określony do dnia…………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzenie zakładu pracy: |  |

3. Otrzymuję/nie otrzymuję\* wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia (okres, na który zawarto umowę:……………………………………………………………..), od której są/nie są\* pobierane składki na ubezpieczenie: emerytalno-rentowe, zdrowotne.

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzenie zleceniodawcy: |  |

4. Pobieram **inne stypendium sportowe** wypłacane przez …………………………………….………………,

*(nazwa płatnika stypendium)*

przyznane na okres: …………………………, od którego są/ nie są\* pobierane składki emerytalno-rentowe,

zdrowotne.

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzenie płatnika: |  |

5. Mam/ nie mam\* zarejestrowaną **działalność gospodarczą** i z tego tytułu opłacam/ nie opłacam\* składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, zdrowotne.

6. Otrzymuj / nie otrzymuję\* **świadczenie ZUS** / **KRUS** (w przypadku wypłaty świadczenia proszę podać):

- rodzaj świadczenia (np.: renta rodzinna, socjalna, z tytułu niezdolności do pracy) ………………………………………………………………………………………………...…………………………..

- numer świadczenia ……………………………………………………………………………….……………….…..

- oddział ZUS/KRUS wypłacający świadczenie: ………………………………………………………….………….

**oraz załączyć kserokopię dokumentu poświadczającego powyższe świadczenie**.

7. Jestem/ nie jestem\* osobą niepełnosprawną w stopniu ................................. z orzeczoną niepełnosprawnością na czas określony od dnia ..................... do dnia...................... lub na czas nieokreślony od dnia......................... .

8. Posiadam/ nie posiadam\* **inny tytuł** do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalno-rentowych, zdrowotnych. (np. status doktoranta, urlop macierzyński lub wychowawczy, status osoby bezrobotnej, kontrakt wojskowy) ………………………………………………………………………………………………………….…...................................................................................................................................................................................................................................

*(podać tytuł oraz okres jego trwania)*

*\*proszę właściwe podkreślić*

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

***Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy****.*

***W przypadku zmiany jakichkolwiek danych wskazanych powyżej, w szczególności dotyczących:***

***- utraty statusu ucznia, studenta, doktoranta, rencisty,***

***- zamknięcia lub zawieszenia zarejestrowanej działalności gospodarcze,***

***- podjęcia lub zakończenia umowy o pracę;***

***zobowiązuję się do poinformowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem „aktualizacja” niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych od daty zaistnienia zmian.***

***W przypadku nie poinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych danych spowoduje konsekwencje finansowe dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego, wyrażam zgodę na potrącenie powstałych z tego tytułu zaległości (należne składki ZUS, zaliczka na podatek dochodowy od os. fiz.) z wypłacanego mi stypendium sportowego.***

…………………………………..

(data i czytelny podpis kandydata do stypendium,

a w przypadku osoby niepełnoletniej – rodzica/opiekuna prawnego)

**UWAGA !**

**Oświadczenie należy wypełnić komputerowo, maszynowo lub ręcznie pismem drukowanym. Należy wypełnić wszystkie pola nie pozostawiając pustych miejsc.**