

OŚWIADCZENIE
dla celów ustalenia obowiązku
zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego

Imię i nazwisko

Data urodzenia:

Jako *Zleceniobiorca* tej umowy składam następujące oświadczenie:

1. Jestem pracownikiem zatrudnionym w
2. * Moje wynagrodzenie miesięczne wynosi: więcej / mniej niż wynagrodzenie minimalne.
3. * Jestem objęty ubezpieczeniem społecznym z tytułu:
 - działalności twórczej lub artystycznej,
 - wykonywania zawodu adwokata w zespole adwokackim lub we własnej kancelarii,
 - członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych,
 -
4. * Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem i nie ukończyłem 26 roku życia.

(nazwa i adres szkoły lub uczelni)

5. * Prowadzę działalność gospodarczą (jestem członkiem rodziny osoby prowadzącej działalność gospodarczą) i podlegam ubezpieczeniu społecznemu osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin.
6. * Mam ustalone prawo do emerytury/renty – nr świadczenia
i pobieram emeryturę / rentę.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę *Zleceniodawcę* na piśmie. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis)

* *niepotrzebne skreślić*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



..... dnia

Nazwisko

Imiona: 1. 2.....

Imię ojca Imię matki

Miejsce urodzenia Data: dzień miesiąc rok

| | | | | | | | | | |

Nr PESEL

Miejsce zamieszkania: Województwo Powiat

Gmina/Dzielnica

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

RACHUNEK DLA ZLECENIODAWCY NR

Zgodnie z umową zlecenia nr z dnia za wykonanie usług określonych w §2 tej umowy, to jest za usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na kwotę zł słownie zł

Oświadczam, że:

- 1) pracę wykonałem/wykonałam osobiście,
- 2) podlegam* / nie podlegam* obowiązkowi opłacania składki na ubezpieczenie społeczne,
- 3) podlegam* / nie podlegam* obowiązkowi opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

.....

(czytelny podpis Zleceniobiorcy)

* *niepotrzebne skreślić*

Stwierdzam wykonanie i przyjęcie pracy zgodnie z zawartą umową i zatwierdzam wypłatę należności.

....., dnia

.....
(podpis i pieczętka – Zleceniodawcy)

Kwota brutto

Składka na ubezpieczenie społeczne

Składka na ubezpieczenie zdrowotne

Podatek

Do wypłaty

Słownie

(podpis Zleceniodawcy)