

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DWUSTRONNIE

(jednostka organiz. MGOPS Działoszyce)

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

do umowy nr.....

**DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
Z TYTUŁU WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA**

Obowiązującej na okres od dnia do dnia

nazwisko imiona

miejsce urodzenia data urodzenia

Nr PESEL																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DO PIT

miejsce zamieszkania ul.....nr domu nr lok

gmina kod pocztowy

powiat województwo

urząd skarbowy, do którego należy zleceniobiorca / wykonawca dzieła

nr konta osobistego i nazwa banku
.....

DANE DO ZUS

1. Ja niżej podpisany(a), **oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniem społecznym** z tytułu zatrudnienia na

podstawie **umowy o pracę** TAK/NIE*

.....

(Dokładna nazwa i adres zakładu pracy)

I mój przychód z tego tytułu **jest równy lub wyższy** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę - TAK/NIE

2. **Wykonuję umowę zlecenia u innego zleceniodawcy** TAK/NIE

W PRZYPADKU UDZIELENIA ODPOWIEDZI **TAK** oświadczam, że umowa została zawarta na okres od dnia..... do dnia..... Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję /uzyskałam /przychód miesięczny będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (wybrać właściwe):

- Ⓢ w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto;
Ⓢ w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto w kwocie

3. Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne TAK/NIE*
Jeśli odpowiedź brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki:
Ⓢ min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia;
Ⓢ 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia (tzw. „preferencyjne składki ZUS”)
4. Przebywam:
- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres)
.....
- na urlopie wychowawczym TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres)
.....
- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres)
.....
5. Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę dostarczyć zaświadczenie z uczelni).....
6. Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE*
7. Jestem emerytem TAK/NIE*
8. Jestem rencistą TAK/NIE*
9. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE*
Jeśli odpowiedź brzmi TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności.....
- Dodatkowe informacje nie zawarte w ww. informacjach:
-

Przyjmuję do wiadomości, że:

- a) administratorem moich danych osobowych jest **Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Działoszycach ul. Skalbmierska 5, 28-440 Działoszyce**,
- b) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem: **mgops_dzialoszyce@poczta.onet.pl**,
- c) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowego zgłoszenia do ubezpieczeń w ZUS i naliczenia składek podatku dochodowego od osób fizycznych (Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 grudnia 1998 r., Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z 26 lipca 1991 r., Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z 25 czerwca 1999 r.) oraz realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- d) moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
- e) moje dane osobowe przechowywane będą przez okres 15 lat po ustaniu umowy,
- f) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- g) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących naruszyłoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.,
- h) podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże odmowa podania danych skutkuje odmową zawarcia umowy,

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych osób, z którymi zapoznałem się przy wykonywaniu umowy.

Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania MGOPS w Działoszycach o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

Miejscowość....., dnia

.....
czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

POUCZENIE

Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że w przypadku podania nieprawdziwych danych lub nie poinformowania o zmianie swojej sytuacji mającej wpływ na obowiązki Zleceniodawcy w zakresie ubezpieczeń społecznych, będzie zobowiązany do pokrycia poniesionej przez Zleceniodawcę z tego tytułu szkody.

Miejscowość....., dnia

.....
czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

Powyższe Oświadczenie zostało sprawdzone pod względem kompletności uzupełnionych informacji o danych identyfikacyjnych oraz zatrudnieniu zleceniobiorcy

.....
czytelny podpis pracownika jednostki
organizacyjnej, szkoły, przedszkola,
przyjmującego oświadczenie

Dodatkowe oświadczenie – dobrowolne:

Oświadczenie

W związku z zawartą z **MGOPS w Działoszycach umową zlecenie**, która jest jedynym moim źródłem dochodu i podleganiu z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym proszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Miejscowość....., dnia

.....
czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

