



FUNDACJA NA RZECZ WSPARCIA, INTEGRACJI I ROZWOJU OSÓB
ORAZ RODZIN POTRZEBUJĄCYCH PN. WIIR W ANDRYCHOWIE
INNOWACJA SPOŁECZNA „ ROZWIŃ SKRZYDŁA Z ANIOŁEM”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA ZLECENIOBIORCY 2017

(Prosimy o **czytelne i dokładne** wypełnianie niniejszego kwestionariusza

DRUKOWANYMI LITERAMI)

NAZWISKO.....

IMIĘ PIERWSZE

IMIĘ DRUGIE

NAZWISKO RODOWE.....

IMIONA RODZICÓW.....

OBYWATELSTWO.....

PESEL _____ **Data urodzenia** _____

NIP (tylko w przypadku działalności gospodarczej) _____

Nr dowodu osobistego: seria: nr: **Wydany przez:**

Adres zamieszkania dla celów podatkowych: kod **Poczta**

Miejscowość..... **gmina**.....

Ulica **nr domu** **nr mieszkania**.....

Województwo **Kraj**

Powiat

Adres do korespondencji: kod **poczta**

miejscowość **gmina**

ulica **nr domu** **nr mieszkania**.....

Powiat..... **Oddział NFZ**

Urząd Skarbowy

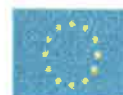
adres US:.....

Nr konta : _____

Zadanie finansowane jest w ramach projektu grantowego ze środków EFS
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





FUNDACJA NA RZECZ WSPARCIA, INTEGRACJI I ROZWOJU OSÓB
ORAZ RODZIN POTRZEBUJĄCYCH PN. WIIR W ANDRYCHOWIE
INNOWACJA SPOŁECZNA „ ROZWIŃ SKRZYDŁA Z ANIOŁEM”

Nr Tel:..... Adres e-mail:

Czy ma Pan/i ustalone prawo do renty lub emerytury? (w odpowiednim polu wstawić X)

| EMERYTURA | RENTA | NIE |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Czy ma Pan/i ustalony stopień niepełnosprawności (w odpowiednim polu wstawić X)

| TAK | NIE |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W przypadku zaznaczenia pola „TAK” proszę podać orzeczony stopień niepełnosprawności (grupa inwalidzka, stopień niepełnosprawności, okres na jaki został orzeczony)

.....

oddo.....

§ 1
OŚWIADCZENIE

JESTEM:

A) STUDENTEM (UCZNIEM) I NIE UKOŃCZYŁEM(AM) 26 LAT (w odpowiednim polu wstawić X)

| TAK | NIE |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” proszę o dołączenie kserokopii legitymacji studenckiej oraz zaświadczenia z uczelni o posiadanym statusie ucznia/studenta, oraz o wskazanie nazwy uczelni wraz z numerem legitymacji studenckiej:

.....

Nr legitymacji.....

Przewidywany termin ukończenia szkoły (miesiąc i rok).....

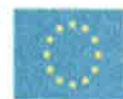
Zadanie finansowane jest w ramach projektu grantowego ze środków EFS
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020



MINISTERSTWO
ROZWOJU



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





FUNDACJA NA RZECZ WSPARCIA, INTEGRACJI I ROZWOJU OSÓB
ORAZ RODZIN POTRZEBUJĄCYCH PN. WIIR W ANDRYCHOWIE
INNOWACJA SPOŁECZNA „ ROZWIŃ SKRZYDŁA Z ANIOŁEM”

- B) PRACOWNIKIEM ZATRUDNIONYM W INNYM ZAKŁADZIE PRACY NA
PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ W WYMIARZE CZASU PRACY I
ZARABIAM MIESIĘCZNIE KWOTĘ WIĘKSZĄ LUB RÓWNĄ KWOCIE 2 000,00
ZŁ BRUTTO. (w odpowiednim polu wstawić X)**

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| TAK | NIE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” proszę o podanie nazwy i adresu zakładu pracy oraz okresu zatrudnienia:

Nazwa zakładu pracy.....

Adres.....

Okres zatrudnienia; od.....do.....

- C) PRACOWNIKIEM ZATRUDNIONYM W INNYM ZAKŁADZIE PRACY NA
PODSTAWIE UMOWY ZLECENIA I ZARABIAM MIESIĘCZNIE KWOTĘ
WIĘKSZĄ LUB RÓWNĄ 2 000,00 ZŁ BRUTTO, KTÓRA STANOWI PODSTAWĘ
SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE. (w odpowiednim polu wstawić X)**

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| TAK | NIE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” proszę o podanie nazwy i adresu zakładu pracy oraz okresu zatrudnienia:

Nazwa zakładu pracy.....

Adres.....

Okres zatrudnienia; od.....do.....

- D) PROWADZĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ Z TYTUŁU, KTÓREJ
ODPROWADZAM SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| TAK | NIE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Czy zakres prowadzonej działalności gospodarczej pokrywa się z zakresem czynności wykonywanych z tytułu niniejszej umowy zlecenia:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| TAK | NIE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- E) ZGŁASZAM WNIOSEK O OBJĘCIE MNIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM
SPOŁECZNYM Z TYTUŁU WYKONYWANEJ UMOWY ZLECENIA (O ILE
PRZEWIDUJĄ TO OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY) (W odpowiednim polu wstawić X)**

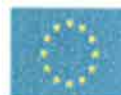
Zadanie finansowane jest w ramach projektu grantowego ze środków EFS
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020



MINISTERSTWO
ROZWOJU



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





FUNDACJA NA RZECZ WSPARCIA, INTEGRACJI I ROZWOJU OSÓB
ORAZ RODZIN POTRZEBUJĄCYCH PN. WIIR W ANDRYCHOWIE
INNOWACJA SPOŁECZNA „ ROZWIŃ SKRZYDŁA Z ANIOŁEM”

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
| | |

F) ZGŁASZAM WNIOSEK O OBJĘCIE MNIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM CHOROBYM Z TYTUŁU WYKONYWANEJ UMOWY ZLECENIA (O ILE PRZEWIDUJĄ TO OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY) (W odpowiednim polu wstawić X)

| | |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
| | |

§ 2

Oświadczam, że powyższe dane wypełniłem(am) zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego, za zeznanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy. Przyjmuję także do wiadomości, że o wszelkich zaistniałych zmianach powiadomię zleceniodawcę na piśmie w ciągu 7 dni składając ponownie kwestionariusz z dopiskiem „AKTUALIZACJA”

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

- utraty statusu ucznia, studenta, rencisty;
- zamknięcia lub zawieszenia zarejestrowanej działalności gospodarczej;
- zmiany wymiaru czasu pracy lub wysokości otrzymywanego wynagrodzenia;

zobowiązuję się do poinformowania Pracodawcy/Zleceniodawcy , 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 w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Śląskiego Ogrodu Botanicznego, zobowiązuję się do pokrycia kosztów w pełnej wysokości.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu administrowania nimi przez zleceniodawcę w myśl Ustawy z 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 833

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis – imieniem i nazwiskiem Zleceniobiorcy

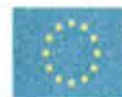
Zadanie finansowane jest w ramach projektu grantowego ze środków EFS
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020



MINISTERSTWO
ROZWOJU



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





FUNDACJA NA RZECZ WSPARCIA, INTEGRACJI I ROZWOJU OSÓB ORAZ
RODZIN POTRZEBUJĄCYCH PN „WIIR”.

Załącznik 1

KARTA REALIZACJI ZADAŃ ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko AON.....

Imię i nazwisko odbiorcy usługi.....

ZAKRES USŁUG

| DATA I GODZINA | ZAKRES ZADAŃ | PODPIS AON | PODPIS BENEFICJENTA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ |
|-------------------|--------------|------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

POTWIERDZENIE REALIZACJI USŁUGI

Potwierdzam, że wyżej wymienione zadania zostały wykonane.

.....
(podpis AON)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

*Zadanie finansowane jest w ramach projektu grantowego ze środków EFS
W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020*



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



