

## KWESTIONARIUSZ ZLECENIOBIORCY/ WYKONAWCY

### A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

Nazwisko		Nazwisko rodowe:	
Imiona	1.	2.	
Imię ojca		Imię matki	
Data i miejsce urodzenia [dd-mm-rrrr]			
PESEL		NIP	
Seria i nr dowodu os.		Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M

### ADRES ZAMELDOWANIA

Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina/ dzielnica	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość	

### ADRES ZAMIESZKAŃIA/ KORESPONDENCYJNY [TYLKO JEŻELI INNY OD ZAMELDOWANIA]

Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość	

### B. DANE DO ROZLICZEŃ PUBLICZNO – PRAWNYCH

Urząd Skarbowy	
Ulica	
Kod pocztowy	
Oddział NFZ	

### C. DANE DO ROZLICZEŃ

Proszę o przelewanie należności na konto bankowe:

Nr konta	
Nazwa banku:	
Właściciel rachunku [tylko jeżeli inny niż zleceniobiorca/ wykonawca]	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">Nazwisko</div> <div style="width: 40%;">Imię</div> </div>



## D. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

### D1. WYŁĄCZENIE Z OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

☐ Wnoszę o nieobejmowanie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi na podstawie co najmniej jednego z poniższych warunków:

1. Jestem zatrudniony/ a na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy niż **Ośrodek Pomocy Społecznej w Debrznie**, a moje wynagrodzenie z umowy o pracę jest równe lub większe niż kwota najniższego wynagrodzenia.

Nazwa zakładu pracy, adres

.....

2. Jestem studentem/ tką w wieku do 26 lat i/ lub uczniem/ uczennicą szkoły ponadpodstawowej

Nazwa szkoły / uczelni, adres

.....

Nr legitymacji szkolnej/ studenckiej

.....

3. Świadczę usługi na podstawie innej umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy niż Ośrodek Pomocy Społecznej w Debrznie i z tego tytułu odprowadzana jest składka ZUS.

Nazwa innego zleceniodawcy, adres

.....

4. Prowadzę własną działalność gospodarczą i z tego tytułu odprowadzam składki na ubezpieczenia społeczne. Jednocześnie oświadczam, iż zakres przedmiotowy prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie jest zgodny z zawartą przeze mnie umową zlecenia / umową o dzieło.

Nazwa firmy, adres

.....

### D2. OBJĘCIE OBOWIĄZKOWYMI UBEZPIECZENIAMI SPOŁECZNYMI

☐ Nie spełniam żadnego z powyższych warunków, wnoszę o objęcie obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi.

Jestem:

☐ pracownikiem etatowym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Człuchowie

☐ emerytem/ rencistą

☐ bezrobotnym zarejestrowanym w PUP (adres PUP): .....

☐ bezrobotnym niezarejestrowanym w PUP

W związku z tym nie spełniam żadnego z warunków wyłączenia z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

Ponadto:

☐ chcę ubezpieczyć się dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym

☐ nie chcę ubezpieczyć się dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym



#### E. OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY/WYKONAWCY

W przypadku zmiany danych w trakcie obowiązywania umowy zlecenia/ o dzieło, poinformuję Zleceniodawcę o zaistniałych zmianach w ciągu 2 dni roboczych.

Upoważniam pracowników Zleceniodawcy do przysyłania właściwych deklaracji zgłoszeniowych do ZUS na podstawie kwestionariusza zleceniobiorcy.

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie dane i informacje są rzetelne i prawdziwe według stanu na dzień wypełnienia formularza, a także wyrażam zgodę na przetwarzanie i administrowanie moimi danymi osobowymi, w celach statutowych Zleceniodawcy oraz w celu dokonywania rozliczeń i przedłożenia ich właściwym urzędom.

Zobowiązuję się poinformować właściwy urząd pracy w terminie do 5 dni od daty zawarcia umowy o podjęciu przeze mnie zatrudnienia. [tylko jeżeli jesteś zarejestrowany/a]

Potwierdzam, iż odpowiedzialność karno – skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....  
Czytelny podpis Zleceniobiorcy/ Wykonawcy

.....  
Data wypełnienia [dd-mm-rrrr]