KWESTIONARIUSZ OSOBOWY ZLECENIOBIORCY

WYPEŁNIA ZLECENIOBIORCA/WYKONAWCA **(wszystkie dane proszę wpisać czytelnie, drukowanymi literami):**			
NAZWISKO:			
IMIONA:	1	2	
DATA URODZENIA:			

PESEL - w przypadku podatników będących osobami fizycznymi objętymi rejestrem PESEL **nieprowadzących działalności gospodarczej** lub niebędących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług	
NIP (numer identyfikacji podatkowej) – w przypadku osób fizycznych objętych rejestrem PESEL **prowadzących działalność gospodarczą** podlegających obowiązkowi ewidencyjnym	

ADRES ZAMELDOWANIA:		**ADRES ZAMIESZKANIA:** (nie wypełniać, jeżeli jest taki sam jak zameldowania)	
KOD POCZTOWY / POCZTA:		KOD POCZTOWY / POCZTA:	
MIEJSCOWOŚĆ:		MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA:		ULICA:	
NR DOMU:	NR MIESZKANIA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
GMINA / DZIELNICA MIASTA: SIERADZ		GMINA / DZIELNICA MIASTA:	
POWIAT: SIERADZKI		POWIAT:	
WOJEWÓDZTWO: ŁÓDZKIE		WOJEWÓDZTWO:	

DANE ADRESOWE URZĘDU SKARBOWEGO: (Urząd Skarbowy wg adresu zamieszkania)	
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA:	
NR TELEFONU DO KONTAKTU:	

Proszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia z tytułu umowy zlecenia / o dzieło na wskazane poniżej konto bankowe:

NR KONTA

Z tytułu niniejszej umowy zlecenie (dotyczy Zleceniobiorcy podlegającemu z niej obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym) **chcę zostać zgłoszony/a do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego: TAK / NIE***

* skreślić niepotrzebne

WYPEŁNIA
PRACOWNIK KOMÓRKI MERYTORYCZNEJ URZĘDU MIASTA SIERADZA ODPOWIEDZIALNY ZA SPORZĄDZENIE UMOWY ZLECENIE:

Data rozpoczęcia wykonywania zlecenia: .....

Data zakończenia wykonywania zlecenia: .....

KOD WYKONYWANEGO ZAWODU*:

*zgodny z klasyfikacją zawodów - Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy jest określona w załączniku do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

.....

(data, pieczątka i podpis **pracownika sporządzającego umowę zlecenie**)

Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

Oświadczam, że:

1. **jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

FORMA ZATRUDNIENIA wpisać : np. umowa o pracę, umowa zlecenie, stosunek służbowy itp.	WYMIAR CZASU PRACY (wysokość etatu przy zatrudnieniu na umowę o pracę)	NAZWA ZAKŁADU PRACY	wynagrodzenie brutto jest wyższe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu za pracę w 2025 r. tj. **4.666,00 zł**	WYNAGRODZENIE JEST OBJĘTE OBOWIĄZKOWYMI UBEZPIECZENIAMI SPOŁECZNYMI (emerytalnym i rentowym)
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**

Oświadczam, że <u>jestem objęty</u> ubezpieczeniami społecznymi z w/w tytułu i <u>łączne wynagrodzenie</u> stanowi podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu i jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu za pracę obowiązującym w 2025 r. tj. 4.666,00 zł brutto	**Tak □ Nie □**

PROWADZĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ i z tytułu prowadzonej działalności:	
opłacam składki społeczne <u>w pełnej wysokości</u> tj. podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa niż **60%** prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 systemie ubezpieczeń społecznych na dany rok kalendarzowy	**Tak □ Nie □**
opłacam składki społeczne <u>na preferencyjnych warunkach</u> tj. podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa niż **30%** kwoty minimalnego wynagrodzenia	**Tak □ Nie □**
korzystam z ulgi Mały ZUS Plus od …… do …….. **Podstawa wymiaru składek ustalana jest na podstawie dochodu i mieści się** pomiędzy kwotą **30%** kwoty minimalnego wynagrodzenia a kwotą **60%** prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego	**Tak □ Nie □**
W ramach prowadzonej działalności gospodarczej wykonuję działalność z zakresu objętego umową zlecenie/o dzieło.	**Tak □ Nie □**

* skreślić niepotrzebne

2. **mam ustalone prawo do emerytury*/renty *:**

Tak □ Nie □

Numer decyzji przyznającej prawo do w/w świadczenia lub numer legitymacji emeryta/rencisty ……

Nazwa i adres organu emerytalno-rentowego: ……

……

3. **mam ustalony stopień niepełnosprawności: Tak □ Nie □**

□ lekki □ umiarkowany □ znaczny

4. **jestem uczniem/studentem, który nie ukończył 26 roku życia: Tak □ Nie □**

Nazwa uczelni (szkoły) ……

Okres trwania nauki: od dnia …… do dnia ……

Szkoła średnia*/policealna*/ studia licencjackie*/studia magisterskie*.

Data ważności pieczątki w legitymacji szkolnej/studenckiej**:** ……

5. **jestem osobą bezrobotną: Tak □ Nie □**

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (miejscowość) ……
z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.

** niepotrzebne skreślić*

6. **podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników KRUS: Tak □ Nie □**

od ……

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ……

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY/WYKONAWCY:

Oświadczam, że:

- dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- <u>poinformuję niezwłocznie</u> (tj. w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) Płatnika składek - Urząd Miasta Sieradza tel. 43 826-61-08 o wszystkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

……

Data i czytelny podpis Zleceniobiorcy/Wykonawcy