

Oświadczenie do celów składkowo-podatkowych

Dotyczy umowy zlecenie nr WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA , z dnia 10.10.2020	
Czas trwania umowy od 10.10.2020 ... do 12.10.2020	
Dane osobowe	
Nazwisko: NOWAK	Nazwisko rodowe:
Imię: JAN	Drugie imię:
PESEL: 10202000000	Data urodzenia: 10.10.2000
Nr paszportu*:	NIP**:
e-mail***:	Tel. ***:
Zagraniczny nr identyf. podatnika*(jeżeli posiada)	
Rodzaj nr identyf. (dokumentu tożsamości)*	
Kraj wydania nr identyf. (dokumentu tożsamości)*	
Adres zamieszkania (dla celów podatkowych)	
Województwo: MAZOWIECKIE	Powiat: WARSZAWA
Gmina/Dzielnica: WARSZAWA	Kod pocztowy: 01-102
Miejscowość/Pocztą: WARSZAA	Ulica: DŁUGA
Nr domu: 3	Nr mieszkania: 120
Adres do korespondencji (nie wypełniać, jeżeli jest taki sam jak powyżej)	
Kod pocztowy:	Pocztą:
Miejscowość:	Ulica:
Nr domu:	Nr mieszkania:
Urząd skarbowy (według miejsca zamieszkania)	
Pełna nazwa (bez adresu): I US WARSZAWA ŚRÓDMIEŚCIE	
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	
Nazwa (tak jak nazwa województwa): 07 MAZ	
Numer konta	
Nazwa banku: PKO BP	
Nr rachunku bankowego: 10 2000 0000 0000 0000 0000	

* informacja niezbędna w przypadku cudzoziemców

** dotyczy prowadzących jednocześnie działalność gospodarczą i wskazujących NIP jako identyfikator podatkowy w PIT 11

*** informacje nieobowiązkowe

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia.

.....**JAN KOWALSKI**.....

(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

Oświadczenie zleceniobiorcy (właściwe zaznaczyć X)

W związku z zawarciem umowy zlecenia nr**WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA**.... z dnia ...**10.10.2020**
na okres od ...**10.10.2020**..... do**12.10.2020**...

Ja, niżej podpisana/y**JAN KOWALSKI**..... oświadczam, że:

A. Wypełniają osoby będące pracownikami APS, zatrudnione na podstawie umowy o pracę

1. Jestem pracownikiem Akademii Pedagogiki Specjalnej zatrudnionym na podstawie umowy o pracę.

B. Wypełniają osoby niebędące pracownikami APS

1. Jestem dodatkowo zatrudniona/y gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych wynosi **co najmniej minimalne wynagrodzenie**
 Jestem dodatkowo zatrudniona/y gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych wynosi **mniej niż minimalne wynagrodzenie**
2. Jestem pracownikiem innego zakładu i w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie: **macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym/bezpłatnym***
3. Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe) na zasadach: **preferencyjnych¹/na zasadach ogólnych^{2*}**
4. Usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.
5. Jestem ubezpieczony w KRUS.
6. Jestem doktorantem³ i otrzymuję stypendium w wysokości:
 co najmniej minimalnego wynagrodzenia **mniej niż minimalne wynagrodzenie.**
7. Nie posiadam innych tytułów do ubezpieczeń społecznych.
8. Jestem emerytem/rencistą*
9. Jestem studentem⁴/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie mam ukończonych 26 lat.
10. Mam orzeczony stopień niepełnosprawności: **lekki/umiarkowany/znaczący***
11. Inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS.
.....
12. Przystępuję do PPK (Pracownicze Plany Kapitałowe): **TAK/NIE*** (Dotyczy osób, które z tytułu umowy zlecenia zawartej z APS podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym)

Zgodnie z powyższym oświadczeniem, z tytułu umowy zlecenia zawartej z APS:

1. Wnoszę o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.**
2. Wnoszę o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym .**

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia.

.....**JAN KOWALSKI**.....

(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić

¹ Jeśli opłacasz składki na ubezpieczenia społeczne od preferencyjnej podstawy nie niższej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia/Jeśli korzystasz z ulgi „mały ZUS”/Jeśli korzystasz z „ulgi na start”

² Jeśli nie jesteś uprawniona/y do ulgi i opłacasz składki na ubezpieczenia społeczne od podstawy nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego.

³ Doktoranci podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu w okresie otrzymywania stypendium doktoranckiego.

⁴ Dla celów ubezpieczenia społecznego nie są studentami uczestnicy studiów doktoranckich i studiów podyplomowych