Załącznik nr 1

do REGULMINU WYPŁATY STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO I STAŻOWEGO
w ramach projektu „Młodzi aktywni na Śląsku”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

I. DANE PODSTAWOWE

A. DANE OBOWIĄZKOWE																					
A.1.1 IMIĘ (IMIONA)																					
A.1.2. NAZWISKO/ NAZWISKO RODOWE	Nazwisko:										Nazwisko rodowe:										
Imię matki											imię ojca										
A.2 DATA URODZENIA	dzień				miesiąc			rok													
A.3 MIEJSCE URODZENIA																					
A.4 OBYWATELSTWO																					
A.5 NUMER EWIDENCYJNY [PESEL]																					
A.6 OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU [wpisać imię i nazwisko, adres zam., nr telefonu]																					
A.7 MIEJSCE ZAMELDOWANIA																					
Kod pocztowy								Miejscowość													
Poczta																					
Ulica																					
Nr domu								Nr lokalu													
Gmina								Powiat													
Nr telefonu																					
Województwo																					
A.8 ADRES ZAMIESZKANIA *(jeśli adres zgodny z A7 należy wpisać j.w.)*																					
Kod pocztowy								Miejscowość													
Ulica																					
Nr domu								Nr lokalu													

Gmina		Powiat	
Województwo			

A.9 ADRES DO KORESPONDENCJI *(jeśli adres zgodny z A7 należy wpisać j.w.)*

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Gmina		Powiat	
Województwo			

A.10 OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH

Oświadczam, że dane zawarte w pkt. A1, A2, A3 A5 i A7 są zgodne z dowodem osobistym albo innym dowodem tożsamości (jakim?)

……

seria i numer dokumentu		data wydania *(dd-mm-rrrr)*	- -
organ wydający			
miejsce wydania			

Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia organizatora szkolenia/stażu o zmianie wykazanych danych osobowych.

Data i podpis osoby składającej oświadczenie – Uczestnika Projektu:
……

A11. ODDZIAŁ NFZ [nazwa wybranego Oddziału NFZ]	
A12. PRAWO DO RENTY [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x"]	Mam ustalone prawo do renty Tak ☐ Nie ☐ Jeżeli TAK to proszę wpisać jaka …….
A13. POSIADANE ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *UWAGA! Proszę załączyć ksero orzeczenia lekarskiego* [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x"]	1. Nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ☐ 2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu: ▪ lekkim ☐ ▪ umiarkowanym ☐ ▪ znacznym ☐

B. OŚWIADCZENIE O NUMERZE RACHUNKU BANKOWEGO

Proszę o przekazywanie stypendium szkoleniowego, stażowego i innych dodatków na niżej podany rachunek bankowy:
Nazwa Banku .... Pełny Nr rachunku *(26 cyfr)*:
Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia organizatora szkolenia/stażu o zmianie numeru rachunku bankowego.

…….. ……..……
miejscowość, data podpis Uczestnika Projektu

II. DANE DODATKOWE – DO UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY

Imię i nazwisko	
PESEL	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Seria i nr dowodu osobistego	

Adres zamieszkania członków rodziny JEST/ NIE JEST* zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego Adres zamieszkania członków rodziny (dziecko/dzieci/małżonek)*	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa[1]	
Kod stopnia niepełnosprawności[2]	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE*	

Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa	
Kod stopnia niepełnosprawności	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE*	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Seria i nr dowodu osobistego	

* niewłaściwe skreślić

[1] 1.1 - Dziecko własne, przysposobione, dziecko drugiego małżonka oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia przez nie 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w stopniu znacznym bez ograniczeń wiek, 01- Małżonek

[2] osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności, 1 – osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, 2 – osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, 3 - osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)

Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa	
Kod stopnia niepełnosprawności	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE*	
Imię i nazwisko członka rodziny	

PESEL	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa	
Kod stopnia niepełnosprawności	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE*	

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznać (podanie nieprawdziwych informacji).

2. O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.

3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

…….. ……

miejscowość, data podpis Uczestnika Projektu