

Ja, niżej podpisana/y
zamieszkała/y

oświadczam, że

1. Jestem zarejestrowana/ny w Urzędzie Pracy

TAK

Z prawem do zasiłku dla bezrobotnych

Bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych

NIE

2. Obecnie jestem osobą zatrudnioną*

TAK

NIE

- Jeśli TAK to proszę podać datę od kiedy jest zatrudnienie w danym zakładzie pracy

- **Gdy podpisane umowy miało miejsce w 2016 roku - do chwili obecnej**, to ile razy wystąpiło podpisanie nowej umowy z tym samym pracodawcą (podać również daty początkowe zatrudnienia):

.....
**oznacza to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą oraz wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych, a także prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej*

3. Posiadam prawo do emerytury / renty / świadczenia rehabilitacyjnego (właściwe podkreślić)

TAK

NIE

Jeśli TAK lub kiedykolwiek, to podać okres obowiązywania

4. Obecnie prowadzę działalność gospodarczą

TAK

NIE

Jeśli tak, to forma opodatkowania działalności to:

Zasady ogólne

Ryczałt ewidencjonowany

Podatek liniowy

Karta podatkowa

Podatek tonażowy

6. Organ, do którego opłacane są składki zdrowotne:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Osobiście

jako członek rodziny w zakładzie pracy męża/żony

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

7. W roku 2016 otrzymywałam/em stypendium socjalne

TAK

NIE

5. Czy kiedykolwiek była prowadzona działalność gospodarcza

TAK

NIE

ZAWIESZONA

Jeśli tak, to podać okres prowadzenia działalności

.....

8. Posiadam/Posiadałam/em, zasądzone alimenty na rzecz dzieci

TAK

NIE

Jeśli TAK, to od kiedy są zasądzone alimenty lub kiedy były (podać okres oraz załączyć wyrok sądowy).

9. Przez ile miesięcy był osiągany dochód i z jakiego tytułu w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy.

W roku 2016

| Dochód z tytułu (umowa o pracę, zlecenie o dzieło, zasiłek dla bezrobotnych, własna działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, świadczenie rodzicielskie itp.) | Ilość miesięcy |
|--|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

W przypadku wystąpienia zmian mających wpływ na prawo do świadczeń takich jak: zmiana liczby członków rodziny, uzyskanie/utrata dochodu, wyjazd członka rodziny poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczenia wychowawczego oraz świadczeń rodzinnych oświadczam, że poinformuje o tym organu wypłacający świadczenie wychowawcze.

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis)