Załącznik nr 1 do REGULAMINU WYPŁATY STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO I STAŻOWEGO w ramach projektu „Akcja?Aktywizacja!”

**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 : | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Proszę o przekazywanie stypendium szkoleniowego, stażowego i innych dodatków na niżej podany rachunek bankowy: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa Banku: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer rachunku bankowego (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]](#footnote-2) |
| Kod stopnia niepełnosprawności[[2]](#footnote-3) |
| 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 |

\* - niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| 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\* | | | | | | | | | | | |   \* niepotrzebne skreślić |

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 |

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 [↑](#footnote-ref-2)
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) [↑](#footnote-ref-3)