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 nazwiskoczłonka 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 nazwiskoczłonka 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 nazwiskoczłonka 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 nazwiskoczłonka 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)