



Auxilium
znaczy POMOC

DANE OSOBOWE			
Nazwisko		Pesel	
Imiona		Data urodzenia	
Imię ojca		Miejsce urodzenia	
Imię matki		Telefon	
Seria i nr dowodu os.		E-mail	
ADRES ZAMELDOWANIA			
Województwo		Ulica	
Powiat		Kod pocztowy	
Gmina		Nr domu	
Miejscowość		Nr mieszkania	
ADRES ZAMELDOWANIA DO PIT-11: TAK / NIE			
ADRES DO KORESPONDENCJI/ ZAMIESZKANIA (jeśli jest taki jak wyżej nie wypełniać)			
Województwo		Miejscowość	
Powiat		Gmina	
Kod pocztowy		Ulica	
Nr domu		Nr mieszkania	
URZĄD SKARBOWY			
Nazwa		Ulica	
Kod pocztowy		Nr budynku/lokalu	
Miejscowość			
Oddział NFZ			
Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:	Imię i nazwisko:	Telefon:	
DANE DO UMOWY			
Rodzaj Umowy:	o pracę / zlecenie / dzieło	Otrzymuję co najmniej minimalne wynagrodzenie z tytułu innej umowy: TAK NIE	
Okres zawarcia umowy	Od	Do	
Stanowisko			
Nr konta bankowego	_____		

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(Podpis pracownika)



1. Oświadczam, że równocześnie jestem zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej zawartej z: i osiągam co najmniej najniższe wynagrodzenie 4666,00 od 01.01.2025), a w związku z tym, na podst. art. 9 ust. 4b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie podlegam z tytułu niniejszej umowy zlecenia obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego.	TAK/NIE
2. Podlegam obowiązkowi ubezpieczeń społecznych jako osoba wykonująca pracę nakładczą*/ umowę zlecenie lub agencyjną*/ u innego zleceniodawcy:	TAK/NIE
3. Jestem już ubezpieczona/y z innych tytułów niż wymienione w pkt. 1 i 2:	TAK/NIE
4. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym (emerytalnym, rentowym, wypadkowym) z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.	TAK/NIE
5. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia (ubezpieczenie możliwe tylko w przypadku obowiązkowego podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu niniejszej umowy)	TAK/NIE
6. Posiadam orzeczenie o ustaleniu niepełnosprawności w stopniu: lekkim*/umiarkowanym*/znacznym*/ lub orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o: całkowitej niezdolności do pracy i egzystencji*/całkowitej niezdolności do pracy*/częściowej niezdolności do pracy*/ na okres od do	TAK/NIE
7. Jestem na emeryturze*/rencie*/ ustalonej decyzją oddziału ZUS znak:	TAK/NIE
8. Niniejsze zlecenie jest moim jedynym zatrudnieniem:	TAK/NIE
9. Jestem na urlopie macierzyńskim	TAK/NIE
10. Jestem uczniem*/studentem*/ w nr legitymacji*/indeksu*/ i nie ukończyłam/em 26 lat (proszę załączyć ksero legitymacji studenckiej)	TAK/NIE
11. W zakresie wykonywanej umowy zlecenia prowadzę działalność gospodarczą i wystawię fakturę.	TAK/NIE

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Zleceniodawcę na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących niniejszego oświadczenia.

Zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów wynikających z nie poinformowania Zleceniodawcy o zmianach dotyczących niniejszego oświadczenia.

*/ niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis pracownika)