

# OŚWIADCZENIE

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

**postaw X w budce pod właściwą odpowiedzią** (wypełnić bez zbędnych skreśleń i poprawek)

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jestem zatrudniony(a) lub wykonuję inną pracę zarobkową (np. umowa zlecenie, umowa o dzieło).   | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jestem zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jestem zdolny(a) i gotowy(a) do podjęcia zatrudnienia w połowie wymiaru czasu pracy, <b>gdyż jestem osobą niepełnosprawną</b> lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pobieram nauki w szkole stacjonarnej.   | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Osiągnąłem(am) wiek emerytalny lub nabyłem(am) prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nabyłem(am) prawo do renty rodzinnej  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wypełnić w przypadku zaznaczenia na <b>TAK</b> .....<br>( wpisać kwotę brutto renty rodzinnej )  |                          |                          |
| 7. Pobieram zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, świadczenie rehabilitacyjne, świadczenie szkoleniowe, zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego - po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nabyłem(am) prawa do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych.   | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej.   | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Uzyskuję przychody podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej (chyba, że dochód z działów specjalnych produkcji rolnej, obliczony dla ustalenia podatku dochodowego od osób fizycznych, nie przekracza wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 2 ha przeliczeniowych ustalonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o podatku rolnym). | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) zgłosiłem(am) wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie minął.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) upłynął okres do określonego we wniosku o wpis, dnia podjęcia działalności gospodarczej – rozpocząłem(am) prowadzenie działalności gospodarczej.  | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (np. ubezpieczenie prezesów spółki, członków rady nadzorczej) - nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników.   | TAK                      | NIE                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Jestem osobą tymczasowo aresztowaną lub odbywam karę pozbawienia wolności - nie dotyczy kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Uzyskuję miesięcznie przychód (podlegający opodatkowaniu) w wysokości (brutto) przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę (np. wynajem, dzierżawa lokalu) z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej - zasiłek stały.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pobieram na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów - zasiłek dla opiekuna.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Pobieram na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych - świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania - nie dotyczy zasiłku rodzinnego.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (np. ubezpieczenie z tytułu pobierania renty rodzinnej, ubezpieczenie rolników w KRUS) - odpowiedź nie ma wpływu na ustalenie statusu.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Posiadany stan cywilny (właściwy podkreślić):

żonaty/mężatka; kawaler/panna; rozwiedziony/rozwiedziona; wdowiec/wdowa;

.....  
( dane małżonka - nazwisko i imię, data urodzenia )

22. Posiadam dziecko/dzieci na utrzymaniu:

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
.....  
.....  
( dane dziecka/dzieci - nazwisko i imię, data urodzenia, stopień pokrewieństwa )

23. Samotnie wychowuję co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Zgadzam się na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej / Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Wyrażam zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z ich zakresem na podstawie przepisów Unii Europejskiej o sieci EURES.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
( data, nazwisko i imię składającego oświadczenie )