



OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY
DLA POTRZEB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH i ZDROWOTNYCH

Pan(i) Nr PESEL

Oświadczam, że :

**) - niewłaściwe skreślić lub zakreślić właściwe;
przy ewentualnych poprawkach proszę złożyć podpis*

1. **Jestem / nie jestem*)** zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i z tytułu zatrudnienia osiągam dochód **wyższy / równy / niższy*)** niż minimalne wynagrodzenie 2.100 zł brutto.
Nazwa i adres zakładu pracy:
Zatrudnienie będzie trwało do dnia:
2. **Jestem / nie jestem*)** zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia w innych (poza HELP) zakładach pracy.
Liczba zawartych umów zleceń:
 - 2.1. Okres obowiązywania umowy zlecenia – od do
 - 2.2. Okres obowiązywania umowy zlecenia – od do
 - 2.3. Okres obowiązywania umowy zlecenia – od do
3. **Przebywam / nie przebywam*)** na urlopie **wychowawczym / macierzyńskim / bezpłatnym *)**
od do
4. **Jestem / nie jestem*)** studentem do 26 r. ż.
(nazwa uczelni, nr legitymacji studenckiej)
5. **Jestem / nie jestem*)** uprawniony/a do:
 - 5.1. **Emerytury*)** Nr decyzji
 - 5.2. **Renty*)** Nr decyzji Przyznana na okres do:
6. **Posiadam / nie posiadam*)** orzeczony stopień niezdolności do pracy
 - 6.1. Określenie stopnia niezdolności do pracy
 - 6.2. Przyznany na okres od do
7. **Prowadzę / nie prowadzę*)** działalność gospodarczą, z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenie społeczne **Tak / Nie*)**
 - 7.1. Jestem osobą uprawnioną do obniżonej podstawy wymiaru składek w pierwszych 24 mies. prowadzenia działalności **Tak / Nie*)**
8. **Pozostaję / nie pozostaję*)** w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy
nazwa i adres Urzędu Pracy:
9. **Wnoszę / nie wnoszę*)** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od
10. **Wnoszę / nie wnoszę*)** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od
11. **Inne:**

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

O wszelkich zmianach informacji zawartych w powyższym oświadczeniu zobowiązuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zaistnienia zmiany, zawiadomić zleceniodawcę - Help Homecare sp. z o.o. oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Ponadto, w przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Upoważniam Help Homecare sp. z o.o. do przetwarzania moich danych osobowych w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych związanych z realizacją zawartej umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis zleceniobiorcy