Nazwa lub pieczęć firmy .....

Nazwisko: .....

Imiona: .....

Data urodzenia .....

Adres zameldowania .....

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż adres zameldowania)
UWAGA: adres zamieszkania jest to adres zgodny z adresem zgłoszonym do Urzędu Skarbowego

.....

Nr PESEL: .....

Obywatelstwo: .....

OŚWIADCZENIE OSOBY WYKONUJĄCEJ UMOWĘ ZLECENIE

Oświadczam, że wg stanu na dzień rozpoczęcia umowy:

1. **jestem/nie jestem*** **zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę** lub równorzędnej w innym zakładzie pracy (bez względu na wymiar czasu pracy i osobę pracodawcy):

   ……..

   (podać nazwę zakładu pracy)

i wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:

- ❑ **przekracza** lub jest równe minimalnemu wynagrodzeniu ustawowemu**,
- ❑ **nie przekracza** kwoty minimalnego wynagrodzenia ustawowego**,

2. **jestem/nie jestem*** jednocześnie ubezpieczony/a w innym zakładzie pracy jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, **umowę zlecenie** lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia zawartej na okres od dnia ..... do dnia .....,

3. **prowadzę/nie prowadzę* działalność gospodarczą**, z tytułu której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne
   ……

4. **posiadam/nie posiadam* ustalone prawo do emerytury/renty** decyzją ZUS z dnia .....

   i pobieram/nie pobieram* z ZUS w/w świadczenie,

5. **posiadam/nie posiadam* ustalony stopień niepełnosprawności**:

- ❑ lekki stopień niepełnosprawności**,
- ❑ umiarkowany stopień niepełnosprawności**,
- ❑ znaczny stopień niepełnosprawności**,

6. **jestem/nie jestem* uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem**

.....,

(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)

7. **ukończyłem/nie ukończyłem 26 lat***

8. **jestem/nie jestem bezrobotny/a***)zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w ..... i pobieram/nie pobieram zasiłek dla bezrobotnych*,

9. **przebywam/nie przebywam* na urlopie macierzyńskim/wychowawczym*** od dnia ..... do dnia .....

10. **wnoszę/nie wnoszę** o objęcie mnie **dobrowolnym (nieobowiązkowym)** ubezpieczeniem społecznym

(proszę właściwe zaznaczyć, **tylko** jeśli korzysta się z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu np. umowa o pracę lub podlegająca ubezpieczeniom umowa zlecenie u innego pracodawcy, nie dotyczy uczniów szkoły ponadpodstawowej lub studentów poniżej 26 roku życia)

11. **wnoszę/nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym**.

12. **zgodnie z miejscem zamieszkania jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Skarbowym**:

nazwa urzędu: **.....**

13. **numer mojego rachunku bankowego** do przekazywania wynagrodzenia:

.....

14. numer dowodu osobistego: **.....**

15. oświadczam, że zgodnie z art. 3.1 Ustawy z dnia 13.10.1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników moim identyfikatorem podatkowym jest numer:

PESEL / NIP* : (jeśli NIP, proszę podać nr NIP) **.....**

16. wyrażam zgodę na przesłanie rocznej informacji o dochodach PIT-11 w formie elektronicznej (plik w formacie pdf z podpisem kwalifikowanym) na mój adres email: .....

17. Kod wykonywanego w ramach umowy zlecenia zawodu wg klasyfikacji GUS (wyszukiwarka: http://form.stat.gov.pl/zawodybdg02/index.aspx):

☐☐☐☐☐☐

18. Wnioskuję o niedokonywanie / dokonywanie* wpłat na pracownicze plany kapitałowe (PPK). W przypadku wnioskowania o dokonywanie jestem świadom(a/y) o potrącaniu z mojego wynagrodzenia wpłat na PPK.
(Dotyczy wyłącznie osób podlegających pod składki społeczne. W przypadku wnioskowania o niedokonywanie wpłat proszę wypełnić oświadczenie na str 3)

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian. Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych na potrzeby realizacji obowiązków Zleceniodawcy wynikających z przepisów prawa regulujących ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne. Niniejsza zgoda stanowi podstawę przetwarzania powyższych danych zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) oraz art. 9 ust. 2 pkt a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2016/679 (RODO).

Warszawa, ...
(podpis)

* *niepotrzebne skreślić*
** *odpowiednie zaznaczyć*

Data powstania obowiązku zgłoszenia lub data powstania zmiany ……

DEKLARACJA
O REZYGNACJI Z DOKONYWANIA WPŁAT
DO PRACOWNICZYCH PLANÓW KAPITAŁOWYCH (PPK)/
DECLARATION ON RESIGNATION FROM MAKING PAYMENTS INTO
EMPLOYEE CAPITAL PLANS (PPK)

Deklarację należy wypełnić wielkimi literami. Deklarację składa się podmiotowi zatrudniającemu.*/
*The Declaration form must be completed in capital letters. The Declaration shall be submitted to the employing entity.**

1. Dane dotyczące uczestnika PPK/ ***PPK Participant Details***	
Imię (imiona) /*First name(s)*	
Nazwisko/ *Surname*	
Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia/ *PESEL number or date of birth in case of persons without PESEL number*	
Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego/ *Series and number of an identity card or passport or other document confirming identity in case of persons without Polish citizenship*	
2. Nazwa podmiotu zatrudniającego/ ***Employing Entity Details***	
3. Oświadczenie uczestnika PPK/ ***PPK Participant's statement***	

Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK oraz posiadam wiedzę o konsekwencjach złożenia niniejszej deklaracji, w tym:/ *I hereby declare that I resign from making payments to the Employee capital Plans (PPK) as well as I am aware of consequences of submitting hereof, including:*

1) nieotrzymania wpłaty powitalnej w wysokości 250 zł, należnej uczestnikom PPK (dotyczy uczestnika PPK, który nie nabył uprawnienia do wpłaty powitalnej przed złożeniem deklaracji);/ *Non-receipt of a welcome payment of PLN 250 due to PPK Participant (this applies to a PPK participant who was not entitled to the welcome payment prior submission of the Declaration);*

2) nieotrzymania dopłat rocznych do PPK w wysokości 240 zł, należnych uczestnikom PPK po spełnieniu warunków określonych w art. 32 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2018r., poz. 2215, z późn. zm.);/ *Non-receipt of annual surcharges to the PPK in the amount of PLN 240 due to PPK after the conditions in Article 32 of the Act on employee capital plans of 4 October 2018 (Journal of 2018, item 2215 as amended) have been met;*

3) nieotrzymania wpłat podstawowych finansowanych przez podmiot zatrudniający w wysokości 1,5 % wynagrodzenia./ *Non-receipt of basic payments financed by the employing entity in the amount of 1.5% of the remuneration.*

……

data i podpis uczestnika PPK/ *date and signature of the PPK Participant*

……
data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu/
date of submission of the Declaration to the Employing Entity