

 **Oświadczenie zleceniobiorcy w celu określenia zobowiązań wobec ZUS**

Ja niżej podpisany:

imię nazwisko ……………………………………..…………………………………PESEL …..............................................................

oświadczam, że:

* jestem / nie jestem\* zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy niż zleceniodawca

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 podać nazwę pracodawcy

* z tytułu tego zatrudnienia osiągam przychód / nie osiągam przychodu\* w przeliczeniu na okres miesiąca równego co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu (**od 1.01.2021 – 2800,00zł**)
* przebywam / nie przebywam\* na urlopie bezpłatnym
* przebywam / nie przebywam\* na urlopie wychowawczym
* podlegam / nie podlegam\* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innej umowy zlecenia

- łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w danym miesiącu z tytułu zawartej umowy-zlecenia jest co najmniej równa minimalnemu wynagrodzeniu/ jest niższa\* od minimalnego wynagrodzenia

* prowadzę / nie prowadzę\* pozarolniczą działalność gospodarczą, ale przedmiot umowy nie jest w zakresie prowadzonej przeze mnie działalności

- z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia

- z tytułu której jestem uprawniony do opłacania preferencyjnych składek, a mimo to odprowadzam z jej tytułu składki od podstawy wynoszącej co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia

- z tytułu której opłacam standardowe składki - od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej

* jestem/nie jestem\* objęty ubezpieczeniem jako rolnik w KRUS
* jestem/nie jestem \* emerytem
* jestem/nie jestem \* rencistą

stopień niezdolności do pracy:  znaczny  umiarkowany  lekki

* jestem / nie jestem\*\* uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat
* jestem ubezpieczony/nie jestem\* jako osoba duchowna
* wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi
* wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Należę do Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział …………………………………………………………………………………….

O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

**W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia. Oświadczam, że znana mi jest odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie.**

Data …………………………… Podpis ………………………………………….……………………………….

**Objaśnienia:**

\* niewłaściwe skreślić, \*\* status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba która kończy studia I stopnia licencjackie (inżynierskie), a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.

Wersja 6 z dnia 20.12.2020