



Dane przekazywane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

| Lp. | DANE | |
|-----|--|--|
| 1. | Imię i nazwisko Uczestnika/-czki projektu | |
| 2. | Adres zamieszkania | |
| 3. | Adres zameldowania | |
| 4. | PESEL | |
| 5. | Osoba ucząca się | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. | Posiadanie orzeczenie o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. | Stopień niepełnosprawności | |
| 8. | Świadczenie emerytalne lub rentowe | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 9. | Dziecko ubezpieczone wraz z Uczestnikiem/-czką projektu* | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 10. | Prawo do zasiłku dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

*) w przypadku ubezpieczenia dziecka wraz z Uczestnikiem/-czką, proszę o uzupełnienie danych dziecka/dzieci:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Podpis Uczestnika/-czki projektu