

## OŚWIADCZENIE

IMIĘ I NAZWISKO .....

ADRES ZAMIESZKANIA .....

**Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 KK "kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8".**

1. Czy Pan(i) jest osobą zatrudnioną (umowa o pracę) lub wykonującą inną pracę zarobkową? (oznacza to wykonywanie lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjne, umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o współpracy itp.) TAK  NIE
2. Czy jest Pan(i) właścicielem **nieruchomości rolnej** (pola)? TAK  NIE   
 - jeśli tak, to proszę podać ile ha przeliczeniowych \_\_\_\_\_  
 - czy oddał(a) Pan(i) pole pod dzierżawę? TAK  NIE   
 - czy podlega Pan(i) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu, zdrowotnemu w KRUS? TAK  NIE
3. Czy **współmałżonek** posiada nieruchomość rolną? \_\_\_\_\_ TAK  NIE   
 - jeśli tak, oddał pole w dzierżawę?
4. Czy jest Pan(i) lub współmałżonek **dzierżawcą** nieruchomości rolnej? \_\_\_\_\_ TAK  NIE   
 - jeśli tak, to czy podlega Pan(i) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu w KRUS? TAK  NIE
5. Czy podlega Pan(i) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu w KRUS jako domownik? TAK  NIE
6. Czy uczy się Pan(i) w szkole w systemie **dziennym (stacjonarnym)**? TAK  NIE
7. Czy figuruje Pan(i) jako uczeń/student w szkole w systemie **dziennym (stacjonarnym)**? TAK  NIE   
 a) ukończył(a) Pan(i) naukę w systemie dziennym bez uzyskania do chwili obecnej dyplomu lub zaświadczenia o skreśleniu z listy studentów? TAK  NIE
8. Czy jest Pan(i) zarejestrowany(a) w **innym** urzędzie pracy? TAK  NIE
9. Czy pełni Pan(i) funkcję prezesa / członka zarządu w spółce / fundacji? TAK  NIE
10. Czy pobiera Pan(i) rentę z tytułu niezdolności do pracy? **rentę szkoleniową, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy, macierzyński, zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego lub wychowawczy?** TAK  NIE
11. Czy pobiera Pan(i) **rentę socjalną** lub **rodzinną** w ZUS? \_\_\_\_\_ TAK  NIE
12. Czy pobiera Pan(i) **zasiłek stały, świadczenie pielęgnacyjne** lub dodatek do zasiłku rodzinnego z **tytułu samotnego wychowania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych?** TAK  NIE
13. Czy posiada Pan(i) wpis do ewidencji **działalności gospodarczej?** TAK  NIE
14. Czy Pan(i) lub współmałżonek uzyskuje **przychody** z tytułu innego niż praca zarobkowa (np. dzierżawa lokalu, nieruchomości rolnej lub inne .....)? TAK  NIE
15. Podlegam **ubezpieczeniu** z tytułu:  
 a) otrzymywania **renty rodzinnej w ZUS** TAK  NIE   
 b) uprawnień do **świadczeń alimentacyjnych** TAK  NIE
16. Czy posiada Pan(i) dodatkowe uprawnienia zawodowe? TAK  NIE   
 .....
17. Czy posiada Pan(i) prawo jazdy? TAK  NIE   
 .....

18. Czy posiada Pan(i) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK  NIE

19. Czy posiada Pan(i) dzieci? TAK  NIE

Jeżeli tak, to ile?....., w tym obecnie na utrzymaniu..... w wieku.....

20. Czy posiada Pan(i) dodatkowo **inne** obywatelstwo niż polskie? TAK  NIE

Jeżeli tak, to jakie? .....

21. Czy zna Pan(i) **biegle** języki? TAK  NIE

Jeżeli tak, to jakie? .....

**KONTAKT:**

Nr telefonu: .....

ADRES E-Mail: .....

INNY: .....

.....  
(PODPIS PRACOWNIKA PUP)

.....  
(DATA I PODPIS BEZROBOTNEGO)

**OŚWIADCZENIE**

z dnia .....

Ja .....

.....  
(IMIE I NAZWISKO ORAZ ADRES)

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

Zostałem(am) pouczone(a) o konieczności powiadomienia PUP o niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub sprawowaniem opieki nad chorym członkiem rodziny w terminie 2 dni od daty wystawienia zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA (stare L4), które należy dostarczyć do PUP następnego dnia, po ustaniu przyczyny niezdolności do pracy - w przypadku nie przesłania jej przez Platformę Usług Elektronicznych ZUS.

Mam świadomość, iż obowiązkowym terminem zgłoszenia się w PUP celem potwierdzenia gotowości do podjęcia pracy jest pierwszy dzień roboczy przypadający bezpośrednio po ustaniu niezdolności do pracy, jeżeli to L4 przypadało na termin wyznaczony przez urząd pracy.

Znane mi są konsekwencje w postaci utraty prawa do zasiłku lub statusu osoby bezrobotnej w przypadku nie dotrzymania powyższego obowiązku oraz po 90 dniach chorobowego .

.....  
(PODPIS PRACOWNIKA PUP)

.....  
(CZYTELNY PODPIS BEZROBOTNEGO)