



Dane przekazywane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Lp.	DANE	
1.	Imię i nazwisko uczestnika 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 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, 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/uczestniczki projektu