



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	☐ TAK ☐ NIE
6.	Posiadanie orzeczenie o niepełnosprawności	☐ TAK ☐ NIE
7.	Stopień niepełnosprawności	
8.	Świadczenie emerytalne lub rentowe	☐ TAK ☐ NIE
9.	Dziecko ubezpieczone wraz z Uczestnikiem/-czką projektu*	☐ TAK ☐ NIE
10.	Prawo do zasiłku dla bezrobotnych	☐ TAK ☐ 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