

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

POU F E N E

WYPELNIAC TYLKO POLA BIALE

WYPELNIAC TYLKO POLA BIALE

WYPELNIAC TYLKO POLA BIALE

WYPELNIAC TYLKO POLA BIALE

1. IMIĘ (IMIONA)				2. NAZWISKO																											
3. NAZWISKO RODOWE				4. OBYWATELSTWO(A)																											
5. IMIĘ MATKI			6. IMIĘ OJCA			7. NAZWISKO RODOWE MATKI																									
8. DATA URODZENIA D D M M R R R R				9. MIEJSCE URODZENIA																											
10. PESEL				11. NIP (WYPELNIĄ SIĘ PO NADANIU PRZEZ URZĄD SKARBOWY)																											
12. ADRES DO KORESPONDENCJI (WYPELNIĆ JEŻLI INNY NIŻ OBOK)				12a. WOJEWÓDZTWO		12b. POWIAT																									
				12c. GMINA		12d. MIEJSCOWOŚĆ																									
				12f. KOD POCZTOWY ORAZ POCZTA		12g. ULICA, NUMER DOMU, LOKALU																									
12h. NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO PODATNIKA				12i. NAZWA FUNDUSZU ZDROWIA																											
13. WYKSZTAŁCENIE (NAZWA SZKOŁY I ROK JEJ UKOŃCZENIA)																															
13a. ZAWÓD, SPECJALNOŚĆ, STOPIEŃ, TITUŁ ZAWODOWY – NAUKOWY																															
14. PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA																															
LP	DATA		NAZWA ZAKŁADU			LP	DATA		NAZWA ZAKŁADU																						
1.						4.																									
2.						5.																									
3.						6.																									
15. DODATKOWE UPRAWNIENIA, UMIEJĘTNOŚCI, ZAINTERESOWANIA																															
16. STAN RODZINNY (WPISAĆ IMIĘ, NAZWISKO ORAZ DATĘ URODZENIA) ORAZ KRZYŻYK (JEŻELI SPEŁNIA WARUNEK)																															
NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)				PESEL				NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)				PESEL																			
D	D	M	M	R	R	R	R									D	D	M	M	R	R	R	R								
1				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE				5				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE																			
D	D	M	M	R	R	R	R									D	D	M	M	R	R	R	R								
2				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE				6				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE																			
D	D	M	M	R	R	R	R									D	D	M	M	R	R	R	R								
3				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE				7				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE																			
D	D	M	M	R	R	R	R									D	D	M	M	R	R	R	R								
4				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE				8				ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO () POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE																			
17. POWSZECHNY OBOWIĄZEK OBRONY																															
17a. STOSUNEK DO POWSZECHNEGO OBOWIĄZKU OBRONY				17b. STOPIEŃ WOJSKOWY				17c. NUMER SPECJALNOŚCI WOJSKOWEJ																							
17d. PRZYNALEŻNOŚĆ WIDENCYJNA DO WKU				17e. NUMER KSIĄŻECZKI WOJSKOWEJ				17f. PRZYDZIAŁ MOBILIZACYJNY DO SIŁ ZBROJNYCH RP																							
8. OSOBA KTÓRĄ NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU (IMIĘ, NAZWISKO, ADRES, TELEFON)																															

UWAGA w pozycji 16 (Stan rodzinny) należy wpisać datę urodzenia, PESEL, nazwisko, imię, zaznaczyć krzyżyk jeżeli zgłaszamy osobę do ubezpieczenia zdrowotnego, oraz skreślić odpowiednią pozycję.

CIĄG DALSZY NA DRUGIEJ STRONIE

POLA NR 19,20,21 MUSZĄ BYĆ WYPEŁNIONE

POUJENNE

19. KOD STOPNIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ¹			20. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ²
21. USTALONE PRAWO DO EMERYTURY LUB RENTY ³	UWAGA Jeżeli w pozycji 19 osoba posiada niezdolność na czas określony to należy wpisać okres na jaki została orzeczona.		

22. OŚWIADCZAM ŻE DANE ZAWARTE W PUNKTACH 1,2,3,5,6,10,12 SĄ ZGODNE Z DOWODEM OSOBISTYM SERIA _____
 NUMER _____ WYDANYM PRZEZ _____ W _____ ALBO
 INNYM DOWODEM TOŻSAMOŚCI _____.

tabela nr 1

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA ⁴	
DLA CELÓW OBLICZANIA MIESIĘCZNYCH ZALICZEK NA PODATEK DOCHODOWY OD OSÓB FIZYCZNYCH (ART. 32 UST. 3 USTAWY Z DNIA 26 LIPCA 1991R. O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH – DZ.U. Z 1993R. NR 90, POZ416 Z POŻN.ZM.	
<p style="text-align: center;">Niniejszym określam płatnika</p> <p style="text-align: center;">..... (nazwa zakładu pracy)</p> <p>jako właściwego do zmniejszania miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy o kwotę stanowiącą 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, określonej w pierwszym przedziale obowiązującej skali podatkowej, gdyż :</p> <p>a) nie otrzymuje emerytury lub renty, w tym również renty rodzinnej na rzecz małoletnich dzieci, b) nie osiągam przychodów z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną, c) nie otrzymuje zasiłku od organu zatrudnienia, d) nie osiągam dochodów, od których jestem obowiązany(a) opłacać zaliczki na podstawie art.44 ustawy, tj. dochodów :</p> <ul style="list-style-type: none"> - z działalności gospodarczej, w tym wolnego zawodu, - z osobiście wykonywanej działalności artystycznej, literackiej, naukowej, trenerskiej, oświatowej i publicystycznej, w tym z tytułu udziału w konkursach z dziedziny nauki, kultury i sztuki oraz dziennikarstwa, z uprawiania sportu, stypendiów sportowych i prowadzenia zawodów sportowych, bez pośrednictwa płatników, - ze stosunku pracy otrzymywanego z zagranicy, - z emerytur i rent otrzymywanych z zagranicy, bez pośrednictwa banków wypłacających emerytury i renty zagraniczne, - z najmu lub dzierżawy. 	<p style="text-align: center;">Stwierdzam, że dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karna skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">data podpis</p>

tabela nr 2

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA ⁵	
DLA CELÓW STOSOWANIA PODWYŻSZONYCH KOSZTÓW UZYSKANIA PRZYCHODÓW ZE STOSUNKU SŁUŻBOWEGO LUB UMOWY O PRACĘ (ART. 32 UST. 5 USTAWY Z DNIA 26 LIPCA 1991R. O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH – DZ.U. Z 1993R. NR 90, POZ.416 Z POŻN.ZM.)	
<p style="text-align: center;">Niniejszym proszę płatnika</p> <p style="text-align: center;">..... o odliczenie podwyższonych kosztów uzyskania, gdyż :</p> <ul style="list-style-type: none"> - zamieszkuję w miejscowości, tj. poza miejscowością w której znajduje się zakład pracy - nie otrzymuje dodatku za rozłąkę. 	<p style="text-align: center;">Stwierdzam, że dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karna skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">data podpis</p>

MIJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS
OSOBY SKŁADAJĄCEJ KWESTIONARIUSZ

tabele pomocnicze nr 3, 4, 5.

<p>III Kod stopnia niezdolności do pracy</p> <p>01 – osoba, która nie legitymuje się orzeczeniem w sprawie niezdolności do pracy 11 – osoba niezdolna do pracy częściowo na czas nieokreślony 12 – osoba niezdolna do pracy częściowo na czas określony 13 – osoba niezdolna do pracy całkowicie na czas nieokreślony 14 – osoba niezdolna do pracy całkowicie na czas określony 15 – osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji na czas nieokreślony 16 – całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji na czas określony 20 – osoba, na rzecz której orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie 31 – osoba posiadająca orzeczoną III grupę inwalidzką przyznaną na czas nieokreślony 32 – osoba posiadająca orzeczoną III grupę inwalidzką przyznaną na czas określony 33 – osoba posiadająca orzeczoną II grupę inwalidzką przyznaną na czas nieokreślony 34 – osoba posiadająca orzeczoną II grupę inwalidzką przyznaną na czas określony 35 – osoba posiadająca orzeczoną I grupę inwalidzką przyznaną na czas nieokreślony 36 – osoba posiadająca orzeczoną I grupę inwalidzką przyznaną na czas określony 41 – osoba posiadająca stałą lub długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, gdy przysługuje zasiłek pielęgnacyjny 42 – osoba posiadająca stałą lub długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, gdy nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</p>	<p>IV Kod stopnia niepełnosprawności</p> <p>0 – osoba nie posiadająca orzeczenia o stopniu niepełnosprawności 1 – osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności 2 – osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 3 – osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności</p> <hr/> <p>V Ustalone prawo do emerytury lub renty</p> <p>0 – osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty 1 – osoba, która ma ustalone prawo do emerytury 2 – osoba, która ma ustalone prawo do renty</p>
--	---

¹ należy wpisać odpowiedni kod z tabeli nr 3

² należy wpisać odpowiedni kod z tabeli nr 4

³ należy wpisać odpowiedni kod z tabeli nr 5

⁴ wypełniają osoby spełniające warunki zawarte w tabeli nr 1

⁵ wypełniają osoby spełniające warunki zawarte w tabeli nr 2