

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

POUFNE

WYPEŁNIAĆ TYLKO POLA BIAŁE

WYPEŁNIAĆ TYLKO POLA BIAŁE

WYPEŁNIAĆ TYLKO POLA BIAŁE

WYPEŁNIAĆ TYLKO POLA BIAŁE

1. IMIĘ (IMIONA)										2. NAZWISKO																					
3. NAZWISKO RODOWE										4. OBYWATELSTWO(A)																					
5. IMIĘ MATKI					6. IMIĘ OJCA					7. NAZWISKO RODOWE MATKI																					
8. DATA URODZENIA					9. MIEJSCE URODZENIA																										
D	D	M	M	R	R	R	R																								
10. PESEL																															
11. ADRES ZAMIESZKANIA										11a. WOJEWÓDZTWO					11b. POWIAT																
										11c. GMINA					11d. MIEJSCOWOŚĆ																
										11f. KOD POCZTOWY ORAZ POCZTA					11g. ULICA, NUMER DOMU, LOKALU																
12. NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO PODATNIKA										13. NAZWA FUNDUSZU ZDROWIA																					
14. NUMER RACHUNKU PŁATNICZEGO, JEŻELI PRACOWNIK NIE ZŁOŻYŁ WNIOSKU O WYPŁATĘ WYNAGRODZENIA DO RAK WŁASNYCH																															
15. 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 ()					5					ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ()											
										POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE										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 ()					6					ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ()											
										POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE										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 ()					7					ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ()											
										POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE										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 ()					8					ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ()											
										POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE										POZOSTAJE NA WYŁĄCZYM UTRZYMANIU – () TAK () NIE											
16. 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 .

CIAG DALSZY NA DRUGIEJ STRONIE

POLA NR 19,20,21 MUSZĄ BYĆ WYPEŁNIONE

POU FNE

17.KOD STOPNIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ¹		18.KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ²	
19.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.	

20. OŚWIADCZAM ŻE DANE ZAWARTE W PUNKTACH 1,2,3,5,6,10,11 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, POZ.416 Z PÓŻN.ZM.	
Niniejszym określám płatnika (nazwa zakładu pracy) 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 : 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 : - 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.	Stwierdzam, że dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karna skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. data podpis

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 PÓŻN.ZM.)	
Niniejszym proszę płatnika o odliczenie podwyższonych kosztów uzyskania, gdyż : - zamieszkuję w miejscowości, tj. poza miejscowością w której znajduje się zakład pracy - nie otrzymuje dodatku za rozłąkę.	Stwierdzam, że dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karna skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. data podpis

MIJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS

OSOBY SKŁADAJĄCEJ KWESTIONARIUSZ

.....

tabele pomocnicze nr 3, 4, 5.

III Kod stopnia niezdolności do pracy 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 długotrwłą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, gdy przysługuje zasiłek pielęgnacyjny 42 – osoba posiadająca stałą lub długotrwłą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, gdy nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	IV Kod stopnia niepełnosprawności 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 V Ustalane prawo do emerytury lub renty 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
---	--

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