

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
32-724 Lipnica Murowana  
tel. 14/ 68 52 330, tel./fax 14/ 68 52 350  
e-mail: gops@lipnicamurowana.pl

Lipnica Murowana, dn. 01.02.2022r.

## **ZAPYTANIE OFERTOWE GOPS.421.II.AOON.3.2022**

### **I. ZAMAWIAJĄCY**

Gmina Lipnica Murowana  
Lipnica Murowana 44  
32-724 Lipnica Murowana  
w imieniu której działa nabywca:  
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej  
siedziba: Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana

### **II. INFORMACJE OGÓLNE**

1. Zapytanie ofertowe nie przekracza równowartości 30 000 euro netto i zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1129 z późn. zm.) nie podlega jej przepisom.
2. Zapytanie ofertowe podlega przepisom Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781)
3. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Zamawiający” – należy przez to rozumieć Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej z siedzibą w Lipnicy Dolnej 25
4. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Wykonawca” – należy przez to rozumieć: osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia.
5. Każdy Wykonawca może złożyć kilka ofert. Ofertę sporządza się w języku polskim

i składa pod rygorem nieważności w formie pisemnej.

6. Treść oferty musi odpowiadać treści Zapytania ofertowego.
7. Złożenie oferty niezgodnej z obowiązującym prawem lub Zapytaniem ofertowym spowoduje odrzucenie oferty.
8. Osobą uprawnioną do bezpośredniego kontaktowania się z Wykonawcami jest Kierownik GOPS – Maria Kurek lub z upoważnienia Kierownika – pracownik socjalny Mariusz Dudziak, tel. 14 68 52 350, 14 68 52 330.

### III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej** jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym na rzecz **dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności i/lub osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym, umiarkowanym oraz równoważnym** w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
2. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na pomocy asystenta w:
  - a) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla osoby niepełnosprawnej;
  - b) wyjściu, powrocie lub dojazdach z osobą niepełnosprawną w wybrane przez nią miejsca;
  - c) załatwianiu spraw urzędowych;
  - d) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
  - e) zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej.
3. Zakres czynności w szczególności dotyczy:
  - a) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
    - myciu głowy, myciu ciała, kąpieli;
    - czesaniu;
    - goleniu;
    - obcinaniu paznokci rąk i nóg;
    - zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
    - zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń;
    - przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;

- sianiu łóżka i zmianie pościeli;
- b) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
- sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
  - dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie);
  - myciu okien;
  - utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
  - praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
  - podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
  - transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);
- c) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
  - pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
  - pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
  - pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
  - asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami;
  - transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta;
- d) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- wyjście na spacer;

- asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
  - wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
  - wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
  - notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
  - pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni;
  - wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej).
4. Miejsca świadczenia poszczególnych usług będą wskazane po zawarciu umowy z Wykonawcą i będą wskazywane na podstawie uzyskanego przez Zamawiającego zgłoszenia od osoby niepełnosprawnej, przy czym wizyty stanowiące przedmiot zamówienia będą odbywać się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej **na terenie Gminy Lipnica Murowana**.
  5. Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem sobót, niedziel i dni świątecznych.
  6. Usługi będą świadczone w wymiarze i zakresie czasowym ustalonym indywidualnie dla każdego Beneficjenta Programu.
  7. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się **czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min.** Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako **dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania**.
  8. Rodzaj usług uzależniony jest od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Rodzaj usług dla danej osoby niepełnosprawnej określony jest w **Zakresie czynności w ramach usług asystenta**.
  9. Godzina świadczenia usług opieki wytchnieniowej wynosi 60 minut.
  10. Możliwa jest sytuacja, w której w danym okresie czasu nie będą świadczone usługi przez Wykonawcę z uwagi na brak zainteresowania osób skorzystaniem z usługi asystencji osobistej.

11. Zapłata wynagrodzenia Wykonawcy będzie następowała w oparciu o liczbę godzin świadczonych usług w ramach wykonywania przedmiotowego zamówienia w danym miesiącu, zgodnie z potwierdzonym harmonogramem wykonania usług, zawartym w **Karcie realizacji usług asystenta oraz Ewidencji przebiegu pojazdu.**

#### **IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Od 01.03.2022r. do 31.12.2022r.

#### **V. KWALIFIKACJE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:**

1. Osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej<sup>1)</sup>, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
2. Osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;
3. Osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej, pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej.
4. Osoby świadczące usługi asystencji osobistej powinny również wykazywać dyspozycyjność, przygotowanie do pracy w terenie, posiadać umiejętność dobrej organizacji pracy indywidualnej w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych.

#### **VI. WYMAGANA DOKUMENTACJA:**

1. Oferta cenowa za wykonanie jednej godziny usług asystencji osobistej;
2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie;
3. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności;
4. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy, opieki, wsparcia osobom

---

<sup>1)</sup> Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

niepełnosprawnym (również w formie wolontariatu)

5. Życiorys (CV);
6. Posiadane referencje z dotychczasowych miejsc pracy;
7. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych;
8. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;
9. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1)
10. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, wymagane jest także:
  - a. zaświadczenie o niekaralności;
  - b. pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
  - c. pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
11. W przypadku składania oferty w siedzibie zamawiającego lub pocztą – na kopercie należy umieścić napis: **„Oferta na świadczenie usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej”**.

## VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. Zaoferowana cena jednostkowa musi być wyrażona jako **cena brutto** w polskich złotych. Ceny należy podać w pełnych złotych.
3. Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone na podstawie rachunku wystawionego przez Wykonawcę. Rozliczenie nastąpi w oparciu o faktycznie zrealizowany i sprawdzony zakres przedmiotu zamówienia na podstawie zaoferowanej ceny oraz Karty realizacji usług asystenta i Ewidencji przebiegu pojazdu.

4. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas na rzecz osoby niepełnosprawnej wraz z czasem dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania, tj. czasem oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższym niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.

#### **VIII. SPOSÓB I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY**

1. Oferta musi spełniać wszystkie wymagania określone w niniejszym zapytaniu ofertowym.
2. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [gops@lipnicamurowana.pl](mailto:gops@lipnicamurowana.pl), platformy ePUAP: /gopslipnica, Poczty Polskiej, firmy kurierskiej lub też dostarczona osobiście na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej, Lipnica Dolna 25, 32 -724 Lipnica Murowana **do dnia 11.02.2022r.** Decyduje data wpływu do siedziby Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i nie będą zwracane do kierującego ofertę.

#### **IX. KRYTERIA WYBORU OFERTY**

1. Cena brutto jednej godziny zegarowej świadczenia usług asystencji osobistej – 50%.
2. Kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe oferenta – 50%.

#### **X. OCENA OFERT**

1. Ocena ofert zostanie dokonana po ich otrzymaniu od oferentów a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostaną ogłoszone na stronie internetowej GOPS-u pod adresem: [www.gops.lipnicamurowana.pl](http://www.gops.lipnicamurowana.pl) oraz w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
2. Oceny złożonych ofert dokona komisja rekrutacyjna powołana przez Kierownika GOPS w Lipnicy Murowanej. Z posiedzenia komisji zostanie sporządzony stosowny protokół.
3. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
3. Od rozstrzygnięcia niniejszego zapytania ofertowego (wyboru oferty) nie przysługuje odwołanie.

## **XI. KONTAKT W SPRAWIE ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Wszelkie pytania w sprawie niniejszego zapytania należy kierować na adres email:

[gops@lipnicamurowana.pl](mailto:gops@lipnicamurowana.pl) lub pod nr tel. 14 68 52 330, 14 68 52 350.

## **XII. ZAŁĄCZNIKI**

1. Wzór formularza ofertowego

Kierownik  
Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej

*Maria Kurek*

/podpisano certyfikowanym podpisem kwalifikowanym/



.....  
nazwisko, imię, adres oferenta

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Lipnicy Murowanej**

**Lipnica Dolna 25**

**32-724 Lipnica Murowana**

**OFERTA – ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr GOPS.421.II.AOON.3.2022 z dnia 28.01.2022r. dotyczące świadczenia usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej składam ofertę następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia na świadczenie usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej za cenę brutto ..... zł (słownie: .....)  
za jedną godzinę świadczonych usług.

2. Nazwisko, imię, adres Wykonawcy

.....  
.....

NIP: .....

3. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

4. *Prowadzę / nie prowadzę\** pozarolniczej działalności gospodarczej i *podlegam / nie podlegam\** ubezpieczeniu społecznemu.

**Załączniki:**

1. Dokumenty potwierdzające wykształcenie:

.....  
.....

2. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności:

.....  
.....

3. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie zawodowe:

.....  
.....

4. Życiorys (CV)

5. Posiadane referencje z dotychczasowych miejsc pracy

6. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych

7. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1).

8. Zaświadczenie o niekaralności \*\*

9. Pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepstępstw na Tle Seksualnym \*\*

10. Pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością \*\*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis oferenta

\* niewłaściwe skreślić

\* W przypadku świadczenia usług asystencji osobistej na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

### **Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwane dalej RODO), informuję iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana, tel. 14 68 52 330, e-mail: gops@lipnicamurowana.pl.
- 2) Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej jest Pani Patrycja Powroziewicz-Wrona, dane kontaktowe: odo@lipnicamurowana.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na stanowisko pracy na jakie złożył Pan/Pani na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) RODO i na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO (przetwarzanie w postaci wizerunku).
- 4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy państwowe w zakresie wykonywanych zadań, pracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza obszar gospodarczy Unii Europejskiej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia procesu rekrutacji na stanowisko pracy na jakie Pan/Pani aplikował/a lub/i do czasu cofnięcia przez Panią/Pana zgody i tylko w zakresie w jakim udzielono zgody.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale nie podanie danych określonych Kodeksem Pracy spowoduje niemożność wzięcia udziału w rekrutacji.
- 10) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

.....  
(data i podpis)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY**

wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

NAZWISKO	
IMIONA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA	

**Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:**

1. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIAZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określoneemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Prowadzę działalność gospodarczą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

2. Mam ustalone prawo do emerytury Tak  Nie   
 znak: .....
- Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. Tak  Nie   
 znak: .....od ..... do dnia .....
- Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ .....
- Mam ustalony stopień niepełnosprawności Tak  Nie   
 1 stopień       2 stopień       3 stopień
3. Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia Tak  Nie
4. Jestem osobą bezrobotną Tak  Nie   
 Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .....  
 z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.  
 \* *niepotrzebne skreślić*
4. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników Tak  Nie   
 od.....  
 Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....
- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić zlecenodawcę.

--	--	--	--	--	--	--	--

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR)

Podpis Zleceniobiorcy