Załącznik nr 1 do Komunikatu Rektora Politechniki Łódzkiej

w sprawie trybu wypłacania stypendium doktoranckiego oraz zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego doktorantów kształcących się

w Interdyscyplinarnej Szkole Doktorskiej Politechniki Łódzkiej z dnia 21 sierpnia 2024 r.

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE I WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE | | | |
| Imię (imiona) |  | | |
| Nazwisko |  | Nazwisko rodowe |  |
| Dyscyplina |  | | |
| Imię matki |  | Imię ojca |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  | Numer paszportu (cudzoziemcy) |  |
| Numer telefonu |  | Data ślubowania |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | |
| Kraj |  | Województwo |  | | |
| Gmina |  | Powiat |  | | |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  | | |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić, jeżeli inny niż zamieszkania) | | | | | |
| Kraj |  | Województwo |  | | |
| Gmina |  | Powiat |  | | |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  | | |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OŚWIADCZENIE | | | | |
| I | Oświadczam, że posiadam prawo do emerytury | □ TAK | □ NIE | Nr świadczenia:  ……………….. |
|  | Oświadczam, że posiadam prawo do renty | □ TAK | □ NIE | Nr świadczenia:  ………………. |
|  | Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne | □ TAK | | □ NIE |
| II | Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (dotyczy osób posiadających prawo do renty bądź emerytury) | □ TAK | □ NIE | □ NIE DOTYCZY |
| III | Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym[[1]](#footnote-1) | □ TAK | | □ NIE |
| IV | Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu  z co najmniej jednego z poniższych tytułów:   * podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka) * pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, prowadzę działalność gospodarczą objętą ubezpieczeniem społecznym * jestem zatrudniony na umowę zlecenie * pobieram świadczenia emerytalno-rentowe  z ubezpieczenia społecznego * jestem rolnikiem lub pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników * podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy  z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146) | □ TAK | | □ NIE |

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu oraz zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej   
w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby, powiadomię Dyrektora ISD PŁ o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

………………………………………

data i czytelny podpis doktoranta

Oświadczam, że jestem posiadaczem konta bankowego o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

i wyrażam zgodę na wypłacane przyznanych świadczeń na w/w konto bankowe.

………………………………………

data i czytelny podpis doktoranta

Oświadczam, że skutki prawne[[2]](#footnote-2)\*\* i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie   
7 dni od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta i zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

………………………………………

data i czytelny podpis doktoranta

1. *Jestem świadomy/a, że w czasie mojej choroby ZUS nie będzie wypłacał mi zasiłku chorobowego, w tym okresie będę otrzymywał/a stypendium doktoranckie* [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* *zgodnie z art. 322. ust. 1. ustawy doktorant podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w podmiocie prowadzącym szkołę doktorską oraz za czyn uchybiający godności doktoranta.   
   Do odpowiedzialności dyscyplinarnej doktorantów stosuje się odpowiednio przepisy art. 307 ust. 2, art. 308–320 oraz przepisy wydane na podstawie art. 321 ustawy.* [↑](#footnote-ref-2)