

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

### Oświadczenie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Oświadczam, że w miesiącu .....2023 roku, poza pracą asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023r. (zaznaczyć właściwe):

nie byłem/em dodatkowo zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub nie prowadziłem/em działalności gospodarczej<sup>1</sup>

byłem/em dodatkowo zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę

- nazwa Zakładu Pracy:.....

- okres zatrudnienia ( od – do ): .....

- wymiar czasu pracy: .....

- w ramach umowy osiągam / nie osiągam<sup>2</sup> minimalne wynagrodzenie tj.  
3.600 zł brutto miesięcznie

byłem/em dodatkowo zatrudniona/y na podstawie umowy cywilnoprawnej

- rodzaj umowy: .....

- okres zatrudnienia ( od – do ): .....

- w ramach umowy osiągam / nie osiągam<sup>3</sup> minimalne wynagrodzenie tj.  
3.600 zł brutto miesięcznie

- nazwa zakładu pracy: .....

prowadziłem/ em działalność gospodarczą

- nazwa zakładu pracy: .....

- data rozpoczęcia działalności: .....

- informacja dot. ubezpieczenia społecznego ZUS: .....

#### Oświadczam, że:

1) powyższe informacje są zgodne z prawdą

2) o wszelkich zmianach danych, które mają wpływ na opłacanie składek do ZUS, zobowiązuje się poinformować w formie pisemnej MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ w terminie **3 dni** od zaistnienia zmiany

3) w przypadku podania błędnych informacji, a także nieprzekazania informacji o zmianie danych w terminie jak wyżej, które mają wpływ na opłacenie składek, zobowiązuje się zwrócić płatnikowi opłacane przez niego do ZUS składki na ubezpieczenia społeczne tj. emerytalne i rentowe, finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....  
Data i czytelny podpis AOON

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić