**Oświadczenie**

**osoby fizycznej, która osiągnęła wysokie wyniki sportowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | | |
| Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: | | |
| Oświadczam, że w terminie pobierania stypendium sportowego **ukończyłem (-am)/ nie ukończyłem (-am**) 15 lat**\*** oraz  (*zaznaczyć znakiem X właściwe pole*):   * Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem (w systemie studiów dziennych, wieczorowych, zaocznych lub eksternistycznych) **i nie podlegam** ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. * Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem (w systemie studiów dziennych, wieczorowych, zaocznych lub eksternistycznych) i jednocześnie **podlegam** obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. * Nie uczę się i **podlegam** ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innego tytułu. * Nie uczę się **i nie podlegam** ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innego tytułu. * Nie uczę się i mam uprawnienia do renty z której opłacana jest składka zdrowotna. | | |
| **Wypełnia osoba fizyczna otrzymująca rentę** | | |
| Organ wypłacający: | | |
| Rodzaj świadczenia: | | Nr decyzji: |
| **Wypełnia osoba fizyczna niepełnosprawna** | | |
| Orzeczony stopień niepełnosprawności: | | |
| **Wypełnia osoba fizyczna pracująca bądź będąca na kontrakcie wojskowym** | | |
| **Podlegam/nie podlegam\*** obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu: | | |
| Rodzaj umowy(umowa o pracę, umowa zlecenie, inne): | | |
| Czas trwania umowy: | | Czas trwania kontraktu wojskowego (wypełniają tylko żołnierze): |
| Pełna nazwa zakładu pracy: | | |
| Adres: | Ul. …………………………………………………………... Nr ……………………………………...  Kod pocztowy …………………… Miejscowość ……………………….………………….. | |
| Moje wynagrodzenie miesięczne jest **wyższe/niższe\*** od krajowego minimalnego wynagrodzenia brutto (kwota minimalnego wynagrodzenia w roku 2017 **2.000 zł)**. | | |
| Po dodaniu kwoty stypendium sportowego brutto i pobieranego wynagrodzenia brutto moje wynagrodzenie miesięczne jest **wyższe/niższe**\* od krajowego minimalnego wynagrodzenia brutto (kwota minimalnego wynagrodzenia w roku 2017 **2.000 zł)**. | | |
| Z mojego wynagrodzenia **jest/nie jest**\* odprowadzany fundusz pracy. | | |
| **Wypełnia osoba fizyczna otrzymująca stypendium z innego źródła** | | |
| Pełna nazwa organu wypłacającego stypendium: | | |
| Adres: | Ul. …………………………………………………………... Nr ……………………………………  Kod pocztowy …………………… Miejscowość ……………………….……………….… | |
| Kwota: | Okres pobierania stypendium: | |
| Czy podmiot wypłacający zastosował kwotę wolna od podatku **tak/nie** \* | Wysokość kwoty wolnej od podatku: | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Niepotrzebne skreślić**

Oświadczam, że powyższe dane podałem (-am) zgodnie ze stanem faktycznym i jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie oświadczam, iż o zmianach w stosunku do stanu faktycznego zawiadomię właściwą komórkę merytoryczną Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego przed wypłatą stypendium za miesiąc, w którym zaszła zmiana.

…………………………………………………………….…………….

(data i podpis)