**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)