

Do sprawy znak: dnia r.

w Oddziale, Inspektoracie ZUS

w

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

w sprawie braku dokumentów

Ja niżej podpisany(a) ur.

zam.

oświadczam, co następuje:

1. W okresie od do byłem(am) zatrudniony(a)-wykonywałem(am) pracę*:

(należy podać nazwę i adres zakładu pracy - pracodawcy)

Pracowałem(am)
(należy opisać swoją pracę: rodzaj pracy i wykonywanych czynności, wymiar czasu pracy - ile dni w tygodniu po ile godzin dziennie trwało zatrudnienie)

(Z tytułu wykonywanej pracy byłem(am) ubezpieczony(a) TAK - NIE*. Jeżeli tak - podać gdzie pracodawca opłacał składki na ubezpieczenie społeczne)

W wymienionym okresie posiadałem(am) inne źródło utrzymania (np. zakład rzemieślniczy, gospodarstwo rolne) TAK - NIE*.

Jeżeli tak podać jakie:

2. Okres od do zamierzam udowodnić zeznaniami świadków,

ponieważ nie posiadam wymaganych przepisami dokumentów z powodu:

Posiadam jedynie dowody zastępcze TAK - NIE*. Jeżeli tak - podać jakie:

Ponadto oświadczam, że nie mogę obecnie uzyskać dowodów z zakładu pracy (właściwego organu, urzędu), od pracodawcy ponieważ:

.....
(należy podać przyczynę np. likwidacja zakładu pracy, brak dokumentacji w zakładzie pracy)
.....
.....

3. Świadek pracował - nie pracował* w wymienionym w pkt. 1 zakładzie pracy
(nazwisko i imię)
u wym. pracodawcy w okresie od do

Świadek pracował - nie pracował* w wymienionym w pkt. 1 zakładzie pracy
(nazwisko i imię)
u wym. pracodawcy w okresie od do

Świadomy odpowiedzialności za fałszywe zeznania oświadczam, że dane podane w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Stwierdzam własnoręczność podpisu wnioskodawcy
legitymującego się dowodem osobistym

Nr

.....
(data i podpis osoby stwierdzającej własnoręczność podpisu)

Załączniki :

.....

UWAGA:

Własnoręczność podpisu wnioskodawcy może potwierdzić pracodawca, właściwy organ administracji rządowej lub samorządowej, notariusz, konsul RP albo oddział (inspektorat) ZUS.

* niepotrzebne skreślić

Do sprawy znak:.....
w Oddziale, Inspektoracie ZUS

dnia r.

w

ZEZNAНИЕ ŚWIADKA

w sprawie emerytalno - rentowej Pan(i) ur.
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o świadczenie)

Ja niżej podpisany(a) ur.

zam. w

zatrudniony(a) w

w charakterze emeryt - rencista*
(podać nr świadczenia i wskazać organ rentowy)

- ZUS, KRUS, Zakładu Emerytalno - Rentowego MSW, Wojskowego Biura Emerytalnego, Biura Emerytalnego Służby Więziennej, jedno-
-stki organizacyjnej wymiaru sprawiedliwości*

W stosunku do zainteresowanego - obcy - powinowaty - krewny*
(podać stosunek powinowactwa - pokrewieństwa)

Oświadczam, że:

Pan(i) wówczas zamieszkały(a)

w był(a) zatrudniony(a) (wykonywał(a) pracę) w:

1)
(nazwa zakładu pracy - pracodawcy* i adres)

w okresie od do

w charakterze (rodzaj pracy, zajmowane stanowisko, opis czynności)

2) Praca była stała - sezonowa - dorywcza*. W przypadku pracy sezonowej lub dorywczej należy podać ile miesięcy w roku - tygodni w
miesiącu - dni w tygodniu trwało zatrudnienie

3) Praca była wykonywana w pełnym - niepełnym* wymiarze czasu. W przypadku niepełnego wymiaru czasu pracy należy podać - ile
godzin trwało zatrudnienie

4) Czy z tytułu tej pracy zainteresowany był ubezpieczony: tak - nie- nie jest mi wiadome*

5) Czy zainteresowany w okresie objętym zeznaniem posiadał źródło utrzymania (np. zakład rzemieślniczy, gospodarstwo rolne):

tak - nie- nie jest mi wiadome*

6) Okoliczności objęte zeznaniem są mi znane, ponieważ

Jeżeli Pan(i) pracował(a) razem z zainteresowanym, należy podać w jakich okresach i jakie dowody posiada na okoliczność własnego zatrudnienia

Zakład Ubezpieczeń Społecznych uprzedza o odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

.....
(data, podpis i pieczętka służbowa pracownika
potwierdzającego podpis świadka)

.....
(data, i własnoręczny podpis świadka)

.....
(data, podpis i pieczętka służbowa
potwierdzającego podpis świadka)

UWAGA:

Własnoręczność podpisu świadka może potwierdzić pracodawca, właściwy organ administracji rządowej lub samorządowej, notariusz, konsul RP albo oddział (inspektorat) ZUS.

* niepotrzebne sreślić