

**KWESTIONARIUSZ**  
związany ze zgłoszeniem do ubezpieczenia społecznego

1. PESEL .....
2. NIP .....
3. SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO LUB PASZPORTU.....
4. NAZWISKO .....
5. IMIĘ PIERWSZE ....., DRUGIE .....
6. DATA URODZENIA .....
7. NAZWISKO RODOWE .....
8. OBYWATELSTWO .....
9. Posiadanie ustalonego prawa do:\*

– emerytury	TAK	NIE
– renty	TAK	NIE

10. Stopień niepełnosprawności:\*

– osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności	TAK	NIE
– osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności	TAK	NIE
– osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK	NIE
– osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	TAK	NIE

11. Okres na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności: od ..... do .....
12. Stopień niezdolności do pracy:\*

– osoba niezdolna do pracy częściowo na czas nieokreślony	TAK	NIE
– osoba niezdolna do pracy częściowo na czas określony	TAK	NIE
– osoba posiadająca orzeczoną III grupę inwalidzką na czas nieokreślony	TAK	NIE
– osoba posiadająca orzeczoną III grupę inwalidzką na czas określony	TAK	NIE
– osoba posiadająca orzeczoną II grupę inwalidzką na czas nieokreślony	TAK	NIE
– osoba posiadająca orzeczoną II grupę inwalidzką na czas określony	TAK	NIE
– osoba posiadająca orzeczoną I grupę inwalidzką na czas nieokreślony	TAK	NIE
– osoba posiadająca orzeczoną I grupę inwalidzką na czas określony	TAK	NIE

13. Okres na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności: od ..... do .....
14. Wykształcenie .....
15. Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia .....
16. Adres zameldowania

a) kod pocztowy .....	b) miejscowość .....
c) gmina .....	d) ulica .....
e) nr domu .....	f) nr lokalu .....
g) nr telefonu .....	

17. Adres zamieszkania\*\*

b) kod pocztowy .....	b) miejscowość .....
d) gmina .....	d) ulica .....
f) nr domu .....	f) nr lokalu .....
h) nr telefonu .....	

.....  
(Data i podpis pracownika)

\* – niepotrzebne skreślić

\*\* – wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania