

## **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Nazwisko**.....  
**Imię**.....  
**PESEL**.....  
**Nr dowodu osobistego**.....  
**Stan cywilny**.....  
**Nr akt (wypełnia PCŚ)**.....

Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu niż świadczenia rodzinne:

TAK / NIE

(właściwe podkreślić)

Zgodnie z art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.) **status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 26-28b, 30 i 33, tj. m. in. osoby pobierające świadczenia pielęgnacyjne, specjalne zasiłki opiekuńcze, zasiłki dla opiekunów.**

Oświadczam, że małżonek podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:

1. pozostawania stosunku pracy	TAK	NIE
2. pobierania świadczeń emerytalnych i rentowych	TAK	NIE
3. prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej	TAK	NIE
4. posiadania statusu osoby bezrobotnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy	TAK	NIE
5. z innego tytułu	TAK	NIE

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym,
- zostałem(am) pouczone o treści art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi, że kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Stosownie do art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 25 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

### **Proszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym oraz niżej opisanych osób:**

Lp.	Nazwisko	Imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

# **UZUPEŁNIENIE INFORMACJI W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (ZUS)**

OŚWIADCZAM, IŻ OD UKOŃCZENIA 15 ROKU ŻYCIA DO DNIA WYPEŁNIENIA NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA BYŁAM/EM ZATRUDNIONY, PROWADZIŁAM/ŁEM DZIAŁALNOŚĆ, ITP. ŁĄCZNIE ..... LAT.

OŚWIADCZAM, ŻE OBECNIE **NIE PODLEGAM** UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU Z INNEGO TYTUŁU / NIE JESTEM UBEZPIECZONY/A NA PODSTAWIE ART. 16 UST. 2 PKT. 4 USTAWY Z DNIA 20 GRUDNIA 1990 R. O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM ROLNIKÓW

**Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia emerytalno-rentowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Składki na to ubezpieczenie będzie opłacało Poznańskie Centrum Świadczeń.**

Zgodnie z art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 121 z późn. zm.) za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio: 1) świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych 2) zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, przez okres niezbędny do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego), z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1440, z późn.zm.).

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

# **UZUPEŁNIENIE INFORMACJI W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ROLNIKÓW (KRUS)**

[**dotyczy tylko** rolnika, małżonka rolnika, domownika, który ubiega się o świadczenie opiekuńcze na podstawie oświadczenia o zaprzestaniu prowadzenia gospodarstwa rolnego/wykonywania w nim pracy]

**Oświadczam, że na podstawie art. 16 ust. 2 pkt. 4 ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników ZŁOŻĘ W CIĄGU 30 DNI od dnia wydania decyzji przyznającej świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna **WNIOSEK DO JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ KRUS o objęcie mnie ubezpieczeniem emerytalno-rentowym w KRUS. Składki na to ubezpieczenie będzie opłacało Poznańskie Centrum Świadczeń po otrzymaniu decyzji KRUS o objęciu ubezpieczeniem.****

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie