

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Nazwisko **NOWAK**

Imię **ANNA**

PESEL **11111111111**

Nr dowodu osobistego **RR11111**

Stan cywilny **MEŻATKA**

Nr akt (wypełnia PCŚ).....

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

TAK / NIE

(właściwe podkreślić)

Proszę zaznaczyć czy
posiadasz
ubezpieczenie
zdrowotne

na podstawie ustawy z dnia 25 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 581) jako członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny wnioskodawcy wniesioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, 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 mąż 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

Jeśli posiadasz to
proszę zaznaczyć z
jakiego tytułu

zgodnie ze stanem faktycznym, zgodnie z treścią art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi, że kto, składając zeznanie mające charakter zeznania w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, świadomie zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

DD.MM.RRRR, NOWAK

.....
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 posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 6. Osoby, które nie zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powstania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, podlegają karze pozbawienia wolności do lat 3. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Jeśli nie posiadasz ubezpieczenia
zdrowotnego proszę wpisać kogo
mamy ubezpieczyć (np.
wnioskodawca i mąż
wnioskodawcy)

Proszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym przez osobę z listy opisanych osób:

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

Proszę złożyć podpis
tylko gdy wnosisz o
ubezpieczenie
zdrowotne

DD.MM.RRRR, NOWAK

.....
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 1998 R. O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM ROLNIKÓW

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalno-rentowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych - ubezpieczenie będzie opłacało Poznańskie Centrum Świadczeń.

Proszę wpisać
ilość lat
przepracowanych

Zgodnie z art. 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 121 z późn. zm.) świadczenia pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta świadczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio: 1) świadczenia pielęgnacyjnego albo świadczenia emerytalnego 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.).

DD.MM.RRRR, NOWAK

.....
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

Tylko dla
rolników