

## OŚWIADCZENIE (zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego)

Nazwisko i imię.....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego\* za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy – **oświadczam, że podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego:**

- w KRUS jako rolnik, współmałżonek rolnika lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego: proszę zaznaczyć TAK ☐ NIE ☐
- z tytułu pobieranej renty rodzinnej: proszę zaznaczyć TAK ☐ NIE ☐
- z innego tytułu: proszę zaznaczyć TAK ☐ NIE ☐ proszę wymienić tytuł .....

Zostałem(am) poinformowany(a), że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z dniem uzyskania statusu osoby bezrobotnej, a tutejszy Powiatowy Urząd Pracy w Żaganiu jest płatnikiem składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Wobec powyższego zostałem(am) poinformowany(a) o konieczności wyrejestrowania mnie przez osobę, u której dotychczas byłem(am) zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny.

### **Wnioskuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny:**

Za członków rodziny uważa się:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi- bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka – jeśli nie ma własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego,
- c) wstępnych (rodzice, dziadkowie) jeśli nie mają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Posiada znaczny lub inny traktowany na równi stopień niepełnosprawności TAK – NIE - wpisać datę ważności orzeczenia

**Zostałem/am poinformowany/a, że zgłaszane do ubezpieczenia zdrowotnego niepełnoletnie dzieci lub wnuki, zostaną objęte tym ubezpieczeniem do dnia, w którym ukończą 18 lat. W celu przedłużenia ubezpieczenia należy przedłożyć zaświadczenie potwierdzające dalszą naukę z podaniem planowanej daty ukończenia nauki.**

**O wszelkich zmianach dotyczących ubezpieczenia mojego i członków mojej rodziny, w szczególności nabycia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego współmałżonka oraz zakończenia przez dzieci nauki zobowiązuję się informować tutaj. Powiatowy Urząd Pracy.**

Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „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 od 6 miesięcy do lat 8”.

Wyciąg z Kodeksu Postępowania Administracyjnego Art.75 § 2 : „jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji państwowej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania”

Żagań, dnia .....

.....

(czytelny podpis bezrobotnego)