

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego osób ubiegających się o świadczenie opiekuńcze z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko..... Nazwisko rodowe

Imię pierwszeimię drugie....., data urodzenia.....

NIPPESEL....., obywatelstwo.....

nr. tel..... adres e-mail.....

adres zameldowania

adres zamieszkania

adres do korespondencji

orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym/nie posiadam*

oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Oświadczam, że chcę/nie chcę* być objęta/ty ubezpieczeniem zdrowotnym:

- mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne – TAK/NIE*

jeśli tak podać od kiedy do kiedy i gdzie jest opłacana składka

Jestem ubezpieczona/y jako członek rodziny (podać od kiedy, z kim, gdzie)

.....

Proszę o zgłoszenie ze mną do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia przyznania świadczenia / od innej daty*:**następujących członków rodziny:**

1. Imię i nazwisko....., data urodzenia.....

PESEL:NIPstopień pokrewieństwa

adres zamieszkania

Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje * ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Aktualnie uczęszcza do szkoły/szkoły wyższej

Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada * orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

2. Imię i nazwisko....., data urodzenia.....

PESEL:NIPstopień pokrewieństwa

adres zamieszkania

Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje * ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Aktualnie uczęszcza do szkoły/szkoły wyższej

Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada * orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

3. Imię i nazwisko....., data urodzenia.....

PESEL:NIPstopień pokrewieństwa

adres zamieszkania

Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje * ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Aktualnie uczęszcza do szkoły/szkoły wyższej

Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada * orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

4. Imię i nazwisko....., data urodzenia.....
PESEL:NIPstopień pokrewieństwa
adres zamieszkania

Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje * ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
Aktualnie uczęszcza do szkoły/szkoły wyższej

Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada * orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Oświadczam, że chcę/nie chcę* być objęta/ty ubezpieczeniem:

- **emerytalnym** – od dnia przyznania świadczenia/od innej daty (dot. osób ubezpieczonych w KRUS):
- **rentowym** - od dnia przyznania świadczenia/ od innej daty(dot. osób ubezpieczonych w KRUS):
- mam inny tytuł, z którego jest opłacana składaka na ubezpieczenie społeczne – TAK/NIE*
jeśli tak podać od kiedy i z jakiego tytułu jest opłacana składka

Przy składaniu wniosków o świadczenie opiekuńcze po raz pierwszy albo w przypadku nieskładania wcześniej poniżej wymienionych dokumentów konieczne jest dołączenie do wniosku wszelkich dokumentów pozwalających ustalić okresy składkowe i nieskładkowe, np. świadectwa pracy, decyzje Powiatowych Urzędów Pracy, decyzje innych organów wypłacających wcześniej świadczenia pielęgnacyjne.

Oświadczam, uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej, że:**

- przedstawiłam/em wszelkie dokumenty potwierdzające okresy składkowe i nieskładkowe, oraz
- dane powyższe podałam/em zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadoma/świadomy, że dane te znajdują się w dokumencie zgłoszeniowym ZUS ZUA i ZUS ZZA. O wszelkich zmianach dotyczących mnie i członków rodziny (np. dotyczących kontynuowania nauki w szkole lub szkole wyższej), w stosunku do danych zawartych niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ wypłacający świadczenia.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić,

** Art. 233 §1 Kodeksu Karnego – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

(wypełnia organ)

Imię nazwisko	
Data objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	od..... do.....
Data objęcia ubezpieczeniem emerytalnym	od..... do.....
Data objęcia ubezpieczeniem rentowym	od..... do.....

.....
(data, podpis pracownika)