

# OŚWIADCZENIE

Dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osób ubiegających się o \*)

- świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością opieki nad osobą niepełnosprawną
- specjalny zasiłek opiekuńczy z tytułu rezygnacji z zatrudnienia w związku z koniecznością opieki nad osobą niepełnosprawną
- zasiłek dla opiekuna dla osób, które utraciły prawo do świadczenia pielęgnacyjnego z dniem 1 lipca 2013r. w związku z wygaśnięciem z mocy prawa decyzji przyznającej prawo do świadczenia pielęgnacyjnego

\*) właściwe podkreślić

\*\*\*) należy podać kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko ..... Nazwisko rodowe .....

Imię pierwsze ..... Imię drugie ..... PESEL .....

Obywatelstwo .....Seria i nr dow. osob. lub paszportu .....

Stan cywilny.....Numer telefonu .....

Adres zameldowania na stałe \*\*) .....

Adres zamieszkania \*\*) .....

Adres do korespondencji \*\*) .....

Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym/nie posiadam\*)

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia .....

**Oświadczam, że:**

- 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 członkiem rodziny osoby ubezpieczonej – TAK/NIE\*). Jestem ubezpieczona/y jako członek rodziny  
(podać od kiedy, z kim, gdzie) .....

**Proszę o zgłoszenie ze mną następujących członków rodziny:**

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

PESEL ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny pozostaje/nie pozostaje\*) ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Uczęszcza aktualnie do szkoły .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Jeśli posiada proszę wpisać rodzaj orzeczenia.....

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

PESEL ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny pozostaje/nie pozostaje\*) ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Uczęszcza aktualnie do szkoły .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Jeśli posiada proszę wpisać rodzaj orzeczenia.....

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

PESEL ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny pozostaje/nie pozostaje\*) ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Uczęszcza aktualnie do szkoły .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Jeśli posiada proszę wpisać rodzaj orzeczenia.....

4. Imię i nazwisko .....data urodzenia .....

PESEL ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny pozostaje/nie pozostaje\*) ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Uczęszcza aktualnie do szkoły .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Jeśli posiada proszę wpisać rodzaj orzeczenia.....

**Oświadczam, że potwierdzam zgodność danych adresowych i identyfikacyjnych zawartych w oświadczeniu. Jestem świadoma/świadomy, że dane te znajdują się w dokumentach zgłoszeniowych: ZUS ZUA, ZZA, ZCNA. O wszelkich zmianach, dotyczących mnie i członków rodziny, w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić komórkę ubezpieczeń płatnika składek.**

.....  
(data)

.....  
(podpis)

### Pouczenie

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1373 z późn. zm.) art. 66 ust. 1 pkt 28 - obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; oraz zgodnie z art. 66 ust.1 pkt 28a wyżej cytowanej ustawy - obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; jak również na podstawie art. 66 ust.1 pkt 28b) wyżej powołanej ustawy osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

Stosownie do art. 66 ust. 2 - status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia w/w osoby z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.

W myśl art. 73 pkt. 10 obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego ww. osób obejmuje okres od dnia przyznania świadczeń, do dnia utraty prawa do ich pobierania, a w myśl art. 73 pkt 10a) - od dnia nabycia prawa do zasiłku dla opiekuna, nie wcześniej jednak niż od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 4kwietnia 2014r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. z 2017r. poz. 2092 z późn. zm.) do dnia utraty prawa do jego pobierania.

Podstawę wymiaru składki stanowi kwota odpowiadająca wysokości pobieranego świadczenia.