

OŚWIADCZENIE
składane w celu ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

- osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku
- osoby bezrobotnej bez prawa do zasiłku

.....
nazwisko, imię i miejsce zamieszkania

uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania⁽¹⁾ oświadczam, że:

- **posiadam / nie posiadam gospodarstwo rolne** o wielkości..... ha przeliczeniowego i podlegam / nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu KRUS w czasie, gdy nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych (*)
- **mój współmałżonek posiada / nie posiada gospodarstwo rolne** o wielkości.....ha przeliczeniowego i podlegam / nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu KRUS w czasie, gdy nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych (*)
- **jestem / nie jestem współwłaścicielem gospodarstwa rolnego** (w części) o wielkości..... ha przeliczeniowego i podlegam / nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu KRUS w czasie, gdy nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych (*)
- **mój współmałżonek jest/nie jest współwłaścicielem gospodarstwa rolnego** (w części) o wielkości..... ha przeliczeniowego i podlegam / nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu KRUS w czasie, gdy nie pobieram zasiłku dla bezrobotnych (*)
- **jestem dobrowolnie ubezpieczony/a w KRUS** TAK/NIE (*)
- **podlegam ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu jako domownik rolnika w KRUS** TAK/NIE (*)
- **jestem osobą uprawnioną do pobierania renty rodzinnej** TAK/NIE (*)
- **jestem osobą uprawnioną do świadczeń alimentacyjnych** TAK/NIE (*)

(*) niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

⁽¹⁾ wyciąg z Kodeksu karnego:

art. 233 § 1. 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.

art. 5 Użyte w ustawie określenia oznaczają:⁽²⁾

3) członek rodziny - następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, 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,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

art. 66

1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

pkt 24) bezrobotni **niepodlegający** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; (ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają bezrobotni od dnia zarejestrowania w PUP do dnia wyrejestrowania).

art. 67

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi zgodnie z przepisami art. 74-76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, o którym 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.

3a. W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, o których mowa w ust. 2 i 3, ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:

1) ponadgimnazjalną – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;

2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich.

⁽²⁾ wyciąg z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

O WSZELKICH ZMIANACH W STOSUNKU DO DANYCH ZAWARTYCH W NINIEJSZYM OŚWIADCZENIU ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ NIEZWŁOZNIE POWIADOMIĆ POWIATOWY URZĄD PRACY W USTRZYKACH DOLNYCH

.....
data i podpis

CZŁONKOWIE RODZINY DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

Stopień pokrewieństwa	IMIĘ I NAZWISKO	Data urodzenia	Numer PESEL	Czy posiada stopień niepełnosprawności	Po ukończeniu 18 roku życia kształci się nadal i nie ma innego tytułu do ubezpieczenia TAK/NIE	Czy pozostaje we wspólnym gosp. dom. TAK/NIE	Data nabycia uprawnień do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego

Upředzony(a) o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania⁽¹⁾ oświadczam:

że wyżej wymienieni członkowie rodziny nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego tj.:

- z tytułu umów o prace lub innej pracy zarobkowej;
- pozarolniczej działalności gospodarczej;
- gospodarstwa rolnego lub dzierżawy;
- renty, emerytury;
- lub innego tytułu;

Oświadczam, że w dniu dzisiejszym zostałam/em/ zapoznana/y/ z przepisami ustawy o ubezpieczeniach społecznych i zdrowotnych oraz z konsekwencjami wynikającymi z niedopełnienia obowiązku niezwłocznego zgłoszenia zmian związanych z ubezpieczeniem własnym lub członków rodziny do tut. Urzędu Pracy oraz nieprzestrzegania pozostałych przepisów.

DataPodpis.....

CZŁONKOWIE RODZINY WYREJESTROWANI Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Stopień pokrewieństwa	IMIĘ I NAZWISKO	Data urodzenia	Numer PESEL	Powód wyrejestrowania	Data wyrejestrowania

DataPodpis.....