

OŚWIADCZENIE

DO USTALENIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

NAZWISKO..... IMIĘ.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

PESEL.....

SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO

OŚWIADCZAM, ŻE:

- mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne*.
- z uwagi na brak tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wnoszę o opłacanie składek przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Swarzędzu*.

***właściwe podkreślić**

Ubezpieczenie innych członków rodziny:

.....PESEL.....

.....PESEL.....

.....PESEL.....

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

DATA

.....

PODPIS

POUCZENIE

Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020r., poz. 1398 ze zm.)

Art. 66. 1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

28) osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek wpływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

28a) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

28b) osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;