

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego osób ubiegających się o specjalny zasiłek opiekuńczy 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 składka na ubezpieczenie społeczne – TAK/NIE*

jeśli tak podać od kiedy i z jakiego tytułu jest opłacana składka

Przy składaniu wniosków o specjalny zasiłek opiekuńczy 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 opiekuńcze

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 do lat 3.

(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)