

# OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia emerytalno-rentowego osób ubiegających się o świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, który przysługuje z tytułu opieki nad osobą niepełnosprawną

## UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

(Wypełnia ubezpieczony)

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

Imię pierwsze .....Imię drugie.....Data urodzenia .....

PESEL:.....Obywatelstwo.....Numer telefonu.....

Adres zameldowania .....

Adres zamieszkania .....

### Oświadczam, że:

- 1) nie posiadam tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, chcę być objęta/ty ubezpieczenia zdrowotnym\*\*,
- 2) posiadam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne. Jeśli tak, podać od kiedy i kto jest płatnikiem składek\*\* .....
- 3) jestem ubezpieczona/y jako członek rodziny (podać od kiedy, z kim, gdzie)\*\*.....  
.....
- 4) oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.....
- 5) posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: lekkim/umiarkowanym/znacznym/  
(zaznaczyć właściwy).

### WAŻNA INFORMACJA!

Osoby bezrobotne, które w dniu złożenia niniejszego oświadczenia posiadają prawo do ubezpieczenia zdrowotnego w urzędzie pracy, niezwłocznie po przyznaniu prawa do któregośkolwiek ze świadczeń opiekuńczych (świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy) powinny zgłosić się do urzędu pracy z decyzją przyznającą świadczenie w celu wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego. Następnie, w przypadku braku prawa do składki na ubezpieczenie zdrowotne należy zgłosić się wraz z decyzją z urzędu pracy, w której orzeczono o utracie statusu osoby bezrobotnej do Toruńskiego Centrum Świadczeń Rodzinie. Powyższe ma na celu zapewnić osobie posiadającej prawo do świadczeń opiekuńczych kontynuację ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy przy tym pamiętać, iż ubezpieczenie zdrowotne przyznawane jest na wniosek osoby posiadającej prawo do świadczeń opiekuńczych, a niedopełnienie powyższego będzie skutkowało brakiem ubezpieczenia zdrowotnego.

ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ .....

(data i podpis)

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:.....Stopień pokrewieństwa.....Adres zamieszkania.....  
.....

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

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

2. Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....  
PESEL:.....Stopień pokrewieństwa.....Adres zamieszkania.....  
.....  
Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje \* ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.  
Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada \* orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

3. Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....  
PESEL:.....Stopień pokrewieństwa.....Adres zamieszkania.....  
.....  
Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje \* ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.  
Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada \* orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

4. Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....  
PESEL:.....Stopień pokrewieństwa.....Adres zamieszkania.....  
.....  
Oświadczam, ww. członek rodziny pozostaje/nie pozostaje \* ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.  
Oświadczam, że ww. członek rodziny posiada/ nie posiada \* orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

## UBEZPIECZENIE EMERYTALNO-RENTOWE

Zgodnie z art. 6 ust. 2 a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 497 ze zm.) za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenie emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio:

- 1) świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych,
  - 2) zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów
- przez okres niezbędny do uzyskania okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) odpowiednio **20-letniego przez kobiety i 25-letniego przez mężczyznę.**

1. Oświadczam, że posiadam udokumentowany okres ubezpieczenia, o którym mowa powyżej i który wynosi.....\*\*

2. Oświadczam, że nie posiadam informacji na temat udokumentowanego stażu pracy, proszę o objęcie ubezpieczeniem\*\*:

- **emerytalnym** - od dnia przyznania świadczenia tj. ....
- **rentowym** - od dnia przyznania świadczenia tj. ....

3. Oświadczam, że posiadam inny tytuł, np.: umowa o pracę, działalność gospodarcza, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe \*\*

- od kiedy i z jakiego tytułu jest opłacana składka .....

Przy składaniu po raz pierwszy wniosku o świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy konieczne jest dołączenie wszelkich dokumentów potwierdzających okresy składkowe i nieskładkowe, np. świadectwa pracy, decyzje Powiatowych Urzędów Pracy, decyzje innych organów wypłacających wcześniej świadczenia pielęgnacyjne.

Oświadczam, uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego\*\*\*, że przedstawiłam/em wszelkie dokumenty potwierdzające okresy składkowe i nieskładkowe, a także powyższe dane podałam/em zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie jestem świadoma/świadomy, że dane osobowe są przetwarzane i znajdują się w dokumentach zgłoszeniowych i rozliczeniowych, które przekazywane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. O wszelkich zmianach zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ wypłacający świadczenia.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić,

\*\* wybrać właściwe,

\*\*\* 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 lat 8.

(Wypełnia organ)

|                                                    |                       |
|----------------------------------------------------|-----------------------|
| Imię i nazwisko                                    |                       |
| Data objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym             | od..... .. do..... .. |
| Data objęcia ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym | od..... .. do..... .. |

Członkowie rodziny zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego:

( imię nazwisko, nr PESEL)

1.....,

2.....,

3.....

.....  
(data, podpis pracownika)