

OŚWIADCZENIE**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezrobotnej**

PESEL

.....
(nazwisko i imię zarejestrowanej osoby bezrobotnej).....
(adres zamieszkania)

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zostałem(am) pouczoney(a), że zgodnie z art. 66 ust. 1, pkt. 24 ustawy z dnia 27.08.2004. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015r. poz. 581) obowiązkowi ubezpieczenia podlegają bezrobotni, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art.233 § 1kk za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że nie jestem zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

W związku ze złożonym powyżej oświadczeniem, przyjmuję do wiadomości, że Powiatowy Urząd Pracy w Nysie będzie opłacał za mnie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Jeżeli uzyskam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, zobowiązuję się do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu osobiście, pisemnie bądź drogą elektroniczną lub pocztową w Powiatowym Urzędzie Pracy w Nysie .

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie).....
(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)**I N F O R M A C J A**

1. Osoby bezrobotne – podlegają obowiązkowemu zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego przez Powiatowy Urząd Pracy – jeżeli nie mogą być objęte ubezpieczeniem z innego tytułu.
2. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne będzie naliczał i odprowadzał Powiatowy Urząd Pracy w Nysie .
3. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego bezrobotnego powstaje z dniem uzyskania statusu osoby bezrobotnej oraz wygasa z dniem utraty statusu osoby bezrobotnej.
4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Za członków rodziny uważa się:
 - ⇒ dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 roku życia; a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat; a jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
 - ⇒ małżonka,
 - ⇒ wstępnych (ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
6. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do ubezpieczenia członków rodziny, ma obowiązek powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Nysie o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności (np. zgłoszone do ubezpieczenia dziecko powyżej 18 roku życia przestało być uczniem, zgłoszony do ubezpieczenia małżonek podjął zatrudnienie lub zarejestrował się jako osoba bezrobotna)

Wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu:

L.p.	Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Numer PESEL	Stopień niepełnosprawności**	Kontynuacja nauki przez dziecko po 18 roku życia Tak/Nie*	Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego
1							
2							
3							
4							
5							

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach dotyczących ubezpieczenia mojego i członków mojej rodziny zobowiązuję się informować Powiatowy Urząd Pracy w Nysie .
Uwaga! W przypadku zakończenia nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia niezwłocznie powiadomię tutejszy urząd.

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

Do wniosku należy dołączyć:

- skrócony odpis aktu małżeństwa (w przypadku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego współmałżonka),
- skrócony odpis aktu urodzenia lub dowód osobisty dziecka (w przypadku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka),
- zaświadczenie ze szkoły potwierdzające pobieranie przez dziecko nauki
(w przypadku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka powyżej 18 roku życia - do ukończenia 26 lat)

* wpisać prawidłowe

** należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełno - sprawności