I OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

DANE WNIOSKODAWCY

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Stan cywilny	
Numer akt (wypełnia PCŚ)	

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

☐ **nie wnioskuję** o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ jestem ubezpieczony/a jako członek rodziny osoby ubezpieczonej lub podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

☐ **wnioskuję** o ubezpieczenie zdrowotne od dnia przyznania świadczenia/od innej daty[1]

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w pierwszej kolejności zobowiązany/a jestem do skorzystania z ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej.

Zgodnie z art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułów, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 26-28b, 30 i 33, tj. m. in. osoby pobierające świadczenia pielęgnacyjne, specjalne zasiłki opiekuńcze, zasiłki dla opiekunów.

OŚWIADCZAM, ŻE:

- powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym,
- zostałem(am) pouczony o treści art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi, że 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.

Data	
Podpis osoby składającej oświadczenie	

1 Niepotrzebne skreślić

Stosownie do art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 25 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z wyłączeniem osoby wskazanej w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. ba, ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których 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.

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny:

DANE OSOBY 1

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Stopień pokrewieństwa	

DANE OSOBY 2

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Stopień pokrewieństwa	

DANE OSOBY 3

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Stopień pokrewieństwa	

DANE OSOBY 4

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Stopień pokrewieństwa	

DANE OSOBY 5

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Stopień pokrewieństwa	

II UZUPEŁNIENIE INFORMACJI W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (ZUS)

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

☐ **PODLEGAM / NIE PODLEGAM**[2] UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU Z INNEGO TYTUŁU

☐ **JESTEM / NIE JESTEM**[2] UBEZPIECZONY/A NA PODSTAWIE ART. 16 USTAWY Z DNIA 20 GRUDNIA 1990 R. O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM ROLNIKÓW

W przypadku objęcia ubezpieczeniem społecznym rolników należy wypełnić część nr III.

Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia emerytalno-rentowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Składki na to ubezpieczenie będzie opłacał Prezydent Miasta Poznania.

2 Niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia 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 20-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) dla kobiet oraz do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) dla mężczyzn**.

Data	
Podpis osoby składającej oświadczenie	

OŚWIADCZAM, IŻ DO DNIA WYPEŁNIENIA NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA MÓJ SZACUNKOWY UDOKUMENTOWANY OKRES UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SKŁADKOWY I NIESKŁADKOWY) WYNOSI ŁĄCZNIE ☐ LAT

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że po potwierdzeniu przez ZUS na wniosek PCŚ posiadania niezbędnego okresu ubezpieczenia - Prezydent Miasta Poznania zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie społeczne

Data	
Podpis osoby składającej oświadczenie	

III. UZUPEŁNIENIE INFORMACJI W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ROLNIKÓW (KRUS)

[**dotyczy tylko** rolnika, małżonka rolnika, domownika, który ubiega się o świadczenie opiekuńcze na podstawie oświadczenia o zaprzestaniu prowadzenia gospodarstwa rolnego/wykonywania w nim pracy]

Oświadczam, że na podstawie art. 16 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników **ZŁOŻĘ W CIĄGU 30 DNI od dnia wydania decyzji przyznającej** świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna **WNIOSEK DO JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ KRUS o objęcie mnie ubezpieczeniem emerytalno-rentowym w KRUS. Składki na to ubezpieczenie będzie opłacał Prezydent Miasta Poznania po otrzymaniu decyzji KRUS o objęciu ubezpieczeniem**.

Data	
Podpis osoby składającej oświadczenie	