I. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Nazwisko …….
Imię …….
Numer PESEL …….
Stan Cywilny ……

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*…….
*niepotrzebne skreślić

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 2004r. 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/a 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 od 6 miesięcy do lat 8.

……
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Stosownie do art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 25 sierpnia 2004r. 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.

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny:

Lp.	Nazwisko	Imię	Numer PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

……
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

II. UZUPEŁNEINIE INFORMACJI W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (ZUS)

<u>Ubezpieczenie społeczne</u> (właściwe zaznaczyć):

- **PODLEGAM / NIE PODLEGAM *** UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU Z INNEGO TYTUŁU;
- **JESTEM / NIE JESTEM *** UBEZPIECZONY/A NA PODSTAWIE ART. 16 USTAWY Z DNIA 20GRUDNIA 1990 r. O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM ROLNIKÓW.
  **niepotrzebne skreślić*

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

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

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 postawie 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 i 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 GCPR posiadania niezbędnego okresu ubezpieczenia - Prezydent Miasta Gorzowa Wielkopolskiego zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenia społeczne.

……
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

<u>III UZUPEŁNIENIE INFORMACJI W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ROLNIKÓW (KRUS)</u>

Dotyczy tylko rolnika, małżonka rolnika, domownika, która 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 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników **ZŁOŻĘ W CIĄGU 30 DNI** OD dnia wydania decyzji przyznającej świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiek dla opiekuna **WIOSEK DO JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ KRUS o objecie mnie ubezpieczeniem emerytalno-rentowym w KRUS. Składki na to ubezpieczenie będzie opłacał Prezydent Miasta Gorzowa Wielkopolskiego, po otrzymaniu decyzji KRUS o objęciu ubezpieczeniem.**

……
Data i podpis osoby składającej oświadczenie