

.....
 (imię i nazwisko)

.....
 (PESEL)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają bezrobotni nie podlegający ubezpieczeniu z innego tytułu. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego 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 (art. 66 ust. 1 pkt 24 art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm).

OŚWIADCZAM, ŻE PODLEGAM/NIE PODLEGAM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z INNEGO TYTUŁU*

PODLEGAM

NIE PODLEGAM

.....
 (proszę podać z jakiego tytułu np.: renta, gospodarstwo rolne do 2 ha przeliczeniowych)

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny **(w przypadku ukończenia przez dziecko 18 lat proszę dołączyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki lub kserokopie podstemplowanej legitymacji ucznia/studenta)**

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

Przyjąłem/am do wiadomości fakt, że w sytuacji podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu składka zdrowotna nie będzie opłacana przez urząd pracy. *Zobowiązuję się niezwłocznie informować o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonego przeze mnie oświadczenia.*

.....
 Gostynin dnia,.....

.....
 (data i podpis pracownika)

.....
 (podpis bezrobotnego)

* proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi

POUCZENIE DOT. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Zostałem/am pouczone/na o konieczności poinformowania tut. urzędu w ciągu 7 dni o wszelkich zmianach danych dotyczących członka mojej rodziny (męża, żony, dzieci) zawartych w dokonanym przeze mnie zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego (ZCNA / ZCZA) tj.:

- w przypadku podjęcia (przez współmałżonka) zatrudnienia, wykonywania pracy nakładczej, wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, prowadzenia działalności gospodarczej, uzyskania statusu bezrobotnego, podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników lub domowników, nabycia prawa do renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego,
- w przypadku zaprzestania nauki,
- w przypadku kontynuowania nauki, gdy dziecko skończyło 18 lat (**osoba bezrobotna ma obowiązek dostarczenia dokumentu potwierdzającego kontynuowanie nauki z każdym początkiem roku szkolnego**)

Podstawa prawna art. 76a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)

.....
/ podpis pracownika /

.....
/ data i podpis bezrobotnego /