

**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) pouczone(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