

**OŚWIADCZENIE  
DLA CELÓW USTALENIA UPRAWNIENÍ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Oświadczam, że jestem/nie jestem objęty(a) ubezpieczeniem społecznym i/lub zdrowotnym w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Zakładzie Emerytalno - Rentowym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.\*

(\*niepotrzebne skreślić)

.....  
(data) (imię i nazwisko świadczeniobiorcy) (podpis)

---

**CZĘŚĆ I**

---

Przyjmuje do wiadomości, że będąc członkiem rodziny osoby posiadającej tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego Prezydent Miasta Świętochłowice nie zgłasza mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
(data) (imię i nazwisko świadczeniobiorcy) (podpis)

---

**CZĘŚĆ II**

---

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
przez Prezydenta Miasta Świętochłowice**

1. Wnioskuje o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego z dniem .....gdyż :
  - jestem osobą samotną,
  - mój małżonek, pełnoletnie dzieci, wstępni prowadzą ze mną wspólne gospodarstwo domowe: nie pracują, nie otrzymują renty, emerytury, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nie prowadzą działalności gospodarczej, nie są zarejestrowani w urzędzie pracy jako osoby bezrobotne, nie pobierają zasiłku stałego z pomocy społecznej,
2. Wnioskują o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Pesel

Zobowiązuje się do powiadomienia Działu Obsługi i Realizacji Zasiłków Rodzinnych Ośrodka Pomocy Społecznej o nabyciu przez członków mojej rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu oraz przyjmuje do wiadomości, że w przypadku utraty prawa do pobierania świadczeń wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

.....  
(data) (imię i nazwisko świadczeniobiorcy) (podpis)

## **INFORMACJA**

### **w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego dla osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.**

Zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Prezydent Miasta tylko wtedy, gdy osoby te nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust. 1 pkt 28, 28a, 28b ustawy)
- status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne (art. 66 ust. 2 ustawy)
- obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego do dnia utraty prawa do ich pobierania (art. 73 pkt. 10, 10a ustawy)
- osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna, których członkowie rodzin posiadają tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, zgłaszane są do ubezpieczenia przez współmałżonka lub innych członków rodziny:
  - pracujący członkowie rodziny – zgłaszają w swoim zakładzie pracy,
  - członkowie rodziny pobierający rentę, emeryturę, zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, prowadzący działalność gospodarczą - zgłaszają we właściwym oddziale ZUS/KRUS,
  - bezrobotni członkowie rodziny – zgłaszają w powiatowym urzędzie pracy,

W przypadku każdorazowej zmiany sytuacji rodzinnej osoby pobierającej świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna powodującej wyłączenie osoby z ubezpieczenia zdrowotnego, osoba pobierająca świadczenia ma prawo złożenia ponownego wniosku o zgłoszenie jej oraz uprawnionych członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego