

**OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNEGO/
SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO DLA CELÓW ZGŁOCZENIA DO
UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO I ZDROWOTNEGO**

1. Dane osoby składającej oświadczenie:

Nazwisko..... Nazwisko rodowe

Imię..... Data urodzenia.....

PESEL.....Seria i nr dowodu osobistego (paszportu).....

Stan cywilny Obywatelstwo

Adres zamieszkania

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności: stopień lekki/umiarkowany/znacznym/nie posiadam*

2. Oświadczam, że :

- a) posiadam inny tytuł, z którego opłacana jest za mnie składka na ubezpieczenie zdrowotne TAK / NIE *
Jeśli tak, to podać jaki
- b) jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej TAK / NIE *
Jeśli tak, to podać u kogo, gdzie
- c) nie posiadam innego tytułu, z którego opłacana jest za mnie składka na ubezpieczenie zdrowotne i nie jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, w związku z czym wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym TAK / NIE *

3. Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny TAK / NIE *

Dane członków rodziny, którzy mają zostać objęci ubezpieczeniem zdrowotnym:

- 1) Imię i nazwisko data urodzenia
PESEL: stopień pokrewieństwa
adres zamieszkania
Orzeczenie o niepełnosprawności lub lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu niepełnosprawności TAK / NIE *
- 2) Imię i nazwisko data urodzenia
PESEL: stopień pokrewieństwa
adres zamieszkania
Orzeczenie o niepełnosprawności lub lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu niepełnosprawności TAK / NIE *

- 3) Imię i nazwisko data urodzenia
PESEL: stopień pokrewieństwa
adres zamieszkania
Orzeczenie o niepełnosprawności lub lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu
niepełnosprawności TAK / NIE *
- 4) Imię i nazwisko data urodzenia
PESEL: stopień pokrewieństwa
adres zamieszkania
Orzeczenie o niepełnosprawności lub lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu
niepełnosprawności TAK / NIE *
- 5) Imię i nazwisko data urodzenia
PESEL: stopień pokrewieństwa
adres zamieszkania
Orzeczenie o niepełnosprawności lub lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu
niepełnosprawności TAK / NIE *
- 6) Imię i nazwisko data urodzenia
PESEL: stopień pokrewieństwa
adres zamieszkania
Orzeczenie o niepełnosprawności lub lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu
niepełnosprawności TAK / NIE *
4. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu TAK / NIE *
Jeśli tak, to podać z jakiego

**Oświadczam, że potwierdzam zgodność danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.
O wszelkich zmianach, dotyczących mnie i członków rodziny, w stosunku do danych zawartych w
niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.**

.....
(data)

.....
(podpis)

*) – niepotrzebne skreślić