

Siedlce, dn. ....

**DANE WNIOSKODAWCY**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(Pesel)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**1. Oświadczam, że:**

- posiadam / nie posiadam\* tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego,.....  
(jaki)
- posiadam / nie posiadam\* statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej zdrowotnie,
- proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny\* .

**2.** Oświadczam, że zostałem poinformowany/a, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust. 1 pkt 28 i 28a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

**3.** Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w pierwszej kolejności zobowiązany/a jestem do skorzystania z ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej.  
*Zgodnie z art. 66 ust. 2 ww. ustawy, 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 świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy.*

**4.** Oświadczam, że zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania tut. Ośrodka na piśmie o nabyciu lub utracie innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego oraz nabyciu lub utracie statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej.

**5. Oświadczam, że:**

- powyższe dane są zgodne za stanem faktycznym,
- jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*właściwe podkreślić

**Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków mojej rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego innego tytułu:**

**Pouczenie:**

Zgodnie z art. 5 pkt 3) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określenie członków rodziny oznacza następujące osoby:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,

b) małżonka, c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgodnie z art. 67 ust. 3 ww. ustawy, 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 zdrowotnego.

L. p.	Nazwisko i imię	PESEL	Pokrewieństwo	Nazwa szkoły dziecka powyżej 18 r. ż.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym,
- zobowiązuję się do poinformowania o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności,
- jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)