DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ŚWIADCZENIE PIELĘGNACYJNE

Imię i nazwisko	
PESEL | | | | | | | | | | | |	Stan cywilny:
..... Adres zamieszkania/do korespondencji	
Imię i nazwisko osoby, na które pobierane jest świadczenie pielęgnacyjne ..... PESEL | | | | | | | | | | | |	

Oświadczam, że **mój współmałżonek podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu*:**

☐ stosunku pracy,

☐ prowadzonej działalności gospodarczej,

☐ ubezpieczeniu w KRUS – rolnicy,

☐ wykonywania pracy nakładczej,

☐ wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi,

☐ pobierania emerytury, renty, świadczenia przedemerytalnego,

☐ jako osoba bezrobotna niepodlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,

.....

data i podpis wnioskodawcy

*** niepotrzebne skreślić**

Zostałam/zostałem poinformowana/y, że:

<u>osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny tj.:</u>

1)dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione 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,

2)małżonka,

c)wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

Status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia tut. Ośrodek z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu, o którym mowa w ust. 1 pkt 28a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czyli za osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

<u>Zobowiązuję się do poinformowania tut. Organ o zmianach mających wpływ na prawo do ubezpieczenia zdrowotnego (uzyskanie lub utrata tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego).</u>

.....

data i podpis wnioskodawcy

W związku z ubieganiem się o przyznanie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nad .....

wnoszę/ nie wnoszę*o opłacanie składek na ubezpieczenie:

□ społeczne □ zdrowotne

.....

data i podpis wnioskodawcy

Wnioskuję o objęcie **ubezpieczeniem zdrowotnym następujących** członków rodziny:

imię i nazwisko członka rodziny	PESEL	pokrewieństwo
imię i nazwisko członka rodziny	PESEL	pokrewieństwo
imię i nazwisko członka rodziny	PESEL	pokrewieństwo
imię i nazwisko członka rodziny	PESEL	pokrewieństwo
imię i nazwisko członka rodziny	PESEL	pokrewieństwo

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

.....

data i podpis wnioskodawcy

*** niepotrzebne skreślić**

OŚWIADCZENIE

(dotyczy wszystkich okresów składkowych i nieskładkowych)

Oświadczam, że w okresach podanych poniżej byłem/byłam objęty/ objęta ubezpieczeniem społecznym:

Lp.	Ubezpieczenie w okresie:	Tytuł ubezpieczeniua(np. z tyt. zatrudnienia, prowadzenia działności gospodarczej, pobierania świadczeń z ZUS, MOPS itp)	Okres ubezpieczenia (lata, miesiące, dni)

Razem: lat ....., miesięcy ....., dni .....

.....

data i podpis wnioskodawcy

*** niepotrzebne skreślić**