

Imię i nazwisko bezrobotnego	PESEL
Adres	

**Powiatowy Urząd Pracy
w Koźlenicach**

data wpływu i adnotacje urzędu

OŚWIADCZENIE składane w celu ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz w celu zgłoszenia do Funduszu (lub wyrejestrowania) członków rodziny

Pouczony, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu [art. 66 ust. 1 pkt 24],
- określenie „członek rodziny” oznacza [art. 5 pkt 3]:
 - a) 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 lat, a jeżeli kształci się dalej - 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,
- osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 (m.in. nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego), którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej [art. 67 ust. 3],

oświadczam, że: [zaznaczyć właściwy kwadrat]

1.	<input type="checkbox"/>	nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu	
2.	<input type="checkbox"/>	podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu	od dnia r. <i>[wypełnić w przypadku, gdy bezrobotny podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu]</i>

..... data podpis bezrobotnego składającego oświadczenie
---------------	--

..... data i podpis pracownika urzędu - jeśli oświadczenie jest składane w jego obecności
--

UWAGA! Zgłoszenie do Funduszu (lub wyrejestrowanie) członków rodziny należy dokonać wypełniając druk na str. 2 [dotyczy tylko bezrobotnych, którzy zaznaczyli powyżej kwadrat 1].
Potwierdzeniem uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej jest zaświadczenie wydane przez PUP- na wniosek osoby.

Zgłaszam do Funduszu członków rodziny, którzy nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego
Wyrejestrowuję od dnia członków rodziny [wypełnić, gdy zgłoszone wcześniej do Funduszu osoby utraciły status członka rodziny lub gdy zaczęły podlegać obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego]

Lp.	Nazwisko i imię członka rodziny oraz rodzaj pokrewieństwa-powinowactwa	Data urodzenia	PESEL	Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu [wpisać w przypadku nieposiadania numeru PESEL]	Adres zamieszkania [wpisać, jeśli jest różny od adresu ubezpieczonego]	Kształci się [TAK/NIE]	Posiada stopień niepełnosprawności TAK/NIE [jeśli TAK to w jakim stopniu]	Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym [TAK/NIE]
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

..... data podpis bezrobotnego składającego oświadczenie
---------------	--

..... data i podpis pracownika urzędu - jeśli oświadczenie jest składane w jego obecności
--