

Ostrów Mazowiecka dnia.....

**Powiatowy Urząd Pracy
07-300 Ostrów Mazowiecka**

DRUK ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
(Przed wypełnieniem oświadczenia należy zapoznać się z informacją)

O Ś W I A D C Z E N I E

osoby bezrobotnej nie podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY:

- 1) imię nazwisko.....
- 2) nazwisko rodowe
- 3) data urodzenia.....PESEL
- 4) adres zameldowania.....
- 5) adres do korespondencji.....
- 6) stan cywilnytel.kontaktowy.....

Zgodnie ze złożonym wnioskiem o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym oświadczam, że zostałem(am) pouczoney(a), że zgodnie z art. 66 ust. 1, pkt. 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019r. poz.1373 ze zm.) obowiązkowi ubezpieczenia podlegają bezrobotni, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu .

Uprowadzony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 KK (Dz. U. z 2019 r. poz.1950 ze zm.) za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam, że nie jestem zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu i nie mam możliwości ubezpieczenia z innego tytułu.**

W związku ze złożonym powyżej oświadczeniem, przyjmuję do wiadomości , że Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowi Mazowieckiej będzie opłacał za mnie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Jeżeli uzyskam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, zobowiązuje się do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowi Mazowieckiej .

Jestem właścicielem/współmałżonek* jest właścicielem gospodarstwa rolnego o powierzchni

.....użytków rolnych, w tym ha przeliczeniowych.

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

* - niepotrzebne skreślić

II. Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam członków rodziny:

L.p.	Imię i nazwisko członka rodziny	Adres zamieszkania	Stopień Pokrewieństwa	Numer PESEL	Stopień niepełnosprawności	Kontyn. nauki po 18 r. życia? (Tak/Nie)*
1						
2						
3						
4						
5						
6						

* wpisać prawidłowe

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 KK oświadczam, że:

1. dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
2. o wszelkich zmianach danych osobowych Pana(i) oraz w zgłoszeniu danych członków rodziny, mających wpływ na treść złożonego oświadczenia (cz..I i II) zobowiązuję się w terminie 7 dni powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowi Mazowieckiej.

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

.....
(data i podpis pracownika PUP)

I N F O R M A C J A

1. Osoby bezrobotne – podlegają obowiązkowemu zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego przez Powiatowy Urząd Pracy – jeżeli nie mogą być objęte ubezpieczeniem z innego tytułu.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.
3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne będzie naliczał i odprowadzał Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowi Mazowieckiej.
5. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego bezrobotnego powstaje z dniem uzyskania statusu osoby bezrobotnej oraz wygasa z dniem utraty statusu osoby bezrobotnej.
6. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Za członków rodziny uważa się:
 - 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 roku życia; a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat; a jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) wstępnych (ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
8. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny- w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia (np. od dnia ustania zatrudnienia przez członka rodziny, jeżeli nie nabędzie innego tytułu do ubezpieczenia).
9. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do ubezpieczenia członków rodziny, **ma obowiązek powiadomić** Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowi Mazowieckiej **o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności** (np. zgłoszone do ubezpieczenia dziecko powyżej 18 roku życia przestało być uczniem, zgłoszony do ubezpieczenia małżonek podjął zatrudnienie).