

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a)

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Stan cywilny

pouczony (a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że nie posiadam żadnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy z 24.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.: np. posiadanie uprawnień do świadczeń alimentacyjnych, pobieranie renty rodzinnej, podleganie ubezpieczeniu jako rolnik w KRUS itp.) niż status osoby bezrobotnej. Wobec powyższego proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w PUP.

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu (UWAGA: w przypadku zgłaszania dzieci, które są w wieku od 18 roku życia do 26 roku życia należy dodatkowo złożyć oświadczenie na temat kontynuowania nauki – klasa/rok nauki, kierunek, nazwa szkoły/uczelni, planowany termin zakończenia nauki):

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności (jaki? od... do...)

Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci do 18 roku życia i nie wychowuję dziecka/dzieci wspólnie z ojcem/matką dziecka/dzieci (należy wpisać imię, nazwisko i datę urodzenia dziecka/dzieci):

.....

.....
Data i podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a)

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Stan cywilny

pouczony (a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że nie posiadam żadnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy z 24.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.: np. posiadanie uprawnień do świadczeń alimentacyjnych, pobieranie renty rodzinnej, podleganie ubezpieczeniu jako rolnik w KRUS itp.) niż status osoby bezrobotnej. Wobec powyższego proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w PUP.

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu (UWAGA: w przypadku zgłaszania dzieci, które są w wieku od 18 roku życia do 26 roku życia należy złożyć oświadczenie na temat kontynuowania nauki – klasa/rok nauki, kierunek, nazwa szkoły/uczelni, planowany termin zakończenia nauki):

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności (jaki? od... do...)

Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci do 18 roku życia i nie wychowuję dziecka/dzieci wspólnie z ojcem/matką dziecka/dzieci (należy wpisać imię, nazwisko i datę urodzenia dziecka/dzieci):

.....

.....
Data i podpis