<u>OŚWIADCZENIE</u>

DANE DO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

(wypełnia osoba pobierająca świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna)

Nazwisko.....Nazwisko rodowe.....

Imię pierwsze……Imię drugie……

Pesel..... Obywatelstwo……

Posiadanie prawa do emerytury, renty lub renty rodzinnej……TAK/NIE

Posiadany stopień niepełnosprawności……..……..TAK/NIE

Adres stałego zameldowania:

kod pocztowy.....

miejscowość.....

gmina/dzielnica.....

ulica i nr domu.....

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym.....

.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł z którego opłacana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne **TAK/NIE***
  jeśli tak podać jaki.....

- spełniam warunki określone w ustawie z dnia 27-08-2004 r o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2019, poz. 1373 t.j.), do zgłoszenia mnie jako członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego **TAK/NIE***
  jeśli tak podać tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego.....

  Nazwa oddziału NFZ……

Dane o członkach rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego

Lp.	**Nazwisko i imię**	**Pesel i NIP**	**Data ur.**	**Stopień pokrewieństwa**	**Stopień Niepełno-sprawności**	**Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy)**
1		Pesel NIP				
2		Pesel NIP				
3		Pesel NIP				
4		Pesel NIP				
5		Pesel NIP				
6		Pesel NIP				
7		Pesel NIP				
8		Pesel NIP				
9		Pesel NIP				
10		Pesel NIP				

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

....

data podpis