
OŚWIADCZENIE

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby
pobierającej świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy
lub zasiłek dla opiekuna**

Nazwisko

Imiona

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Proszę podkreślić odpowiednią opcję:

Oświadczam, że posiadam tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego :

TAK - ubezpieczenie własne (PUP, KRUS, MOPR, emerytura własna, renta rodzinna, dobrowolne w NFZ)

- jako członek rodziny (przy współmałżonku: umowa o pracę, umowa zlecenia, działalności gospodarcza,

renta, emerytura , rejestracja w PUP,MOPR, KRUS

przy dziecku: renta socjalna)

- inne

podać datę od kiedy

NIE podać datę od kiedy nie posiadamy ubezpieczenia zdrowotnego.....

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

posiadam / nie posiadam

(jeśli tak, podać okres na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności i załączyć kserokopię orzeczenia)

.....

Ustalone prawo do emerytury lub renty

posiadam / nie posiadam

DANE O KASIE CHORYCH

Nazwa Kasy Chorych

.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE (ulica, nr domu/numer lokalu, kod pocztowy)

AKTUALNY TELEFON

.....

.....

ADRES ZAMIESZKANIA (ulica, nr domu/numer lokalu, kod pocztowy) – *wpisać jeśli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu*

.....

.....

ADRES DO KORESPONDENCJI (ulica, nr domu/numer lokalu, kod pocztowy) - *wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania*

.....

.....

.....

data

.....

podpis