

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

PESEL

Oświadczam, że posiadam tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego :

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