
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 ubezpieczenie zdrowotne :

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

- jako członek rodziny (przy współmałżonku: umowa o pracę, umowa zlecenia, działalności gospodarcza,
renta, emerytura, rejestracja w PUP, MOPR,
przy dziecku: renta socjalna)

- inne

podać datę od kiedy

NIE podać datę od kiedy nie posiadamy ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data

.....
podpis

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

.....

.....