

DANE DO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (ZUS, KRUS) I ZDROWOTNYCH

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

Nazwisko _____ Nazwisko rodowe _____

Imię pierwsze _____ Imię drugie _____

PESEL _____

Obywatelstwo _____

Adres zameldowania _____

Adres zamieszkania _____

Członek rodziny osoby sprawującej / osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do

dotadku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10,	Tak	Nie*
specjalnego zasiłku opiekuńczego,	Tak	Nie*
świadczenia pielęgnacyjnego,	Tak	Nie*
zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów;	Tak	Nie*
świadczenia rodzicielskiego	Tak	Nie*

Osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do:

- emerytury,	Tak	Nie*
- renty,	Tak	Nie*
-renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego,	Tak	Nie*
- renty socjalnej,	Tak	Nie*
- zasiłku stałego,	Tak	Nie*
- nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,	Tak	Nie*
- zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;	Tak	Nie*

Osoba sprawująca opiekę jest

- rolnikiem,	Tak	Nie*
- małżonkiem rolnika lub domownikiem ;	Tak	Nie*

W przypadku, gdy o świadczenia, o których mowa w art. 16a i art. 17 ubiegają się rolnicy, małżonkowie rolników bądź domownicy, świadczenia te przysługują odpowiednio:

1) rolnikom w przypadku zaprzestania prowadzenia przez nich gospodarstwa rolnego;

2) małżonkom rolników lub domownikom w przypadku zaprzestania prowadzenia przez nich gospodarstwa rolnego albo wykonywania przez nich pracy w gospodarstwie rolnym.

OŚWIADCZENIE O ZAPRZESTANIU PRACY W ROLNICTWIE:

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

data, podpis osoby składającej oświadczenie

Legitymuję się 25 letnim okresem składkowym i nieskładkowym	Tak	Nie*
Wnoszę o objęcie ,mnie ubezpieczeniem społecznym w ZUS	Tak	Nie*
Wnoszę o objęcie ,mnie ubezpieczeniem społecznym w KRUS	Tak	Nie*
Mam inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego	Tak	Nie*
Zgodnie z art. 66 ust. 2 ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Przez członka rodziny w świetle art. 5 pkt 3 należy rozumieć następujące osoby: a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku, b) małżonka, c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym; Spełniam warunki do zgłoszenia mnie jako członka rodziny jeśli tak, podać jakie _____		
	Tak	Nie*

O uzyskaniu/utracie statusu członka rodziny należy niezwłocznie poinformować tutaj Ośrodek

Dane o członkach rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

L.P.	Nazwisko i imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Adres zamieszkania

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

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

data, podpis osoby składającej oświadczenie

* niepotrzebne skreślić