

## OŚWIADCZENIE

Dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego osób ubiegających się o świadczenie pielęgnacyjne lub o specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2006r. Nr 139 poz. 992 z późn. zm.)

\*) niewłaściwe skreślić

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

Imię pierwsze ..... Imię drugie ..... Data urodzenia.....

NIP ..... PESEL ..... Obywatelstwo .....

Seria i nr dow. osob. lub paszportu ..... Stan cywilny.....

Numer telefonu .....

Adres zameldowania na stałe .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji .....

Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym/nie posiadam\*)

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia .....

Posiadanie prawa do emerytury, renty lub renty rodzinnej ..... – TAK/NIE\*

### OŚWIADCZAM, ŻE:

- Mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne – TAK/NIE\*)  
(jeśli tak podać od kiedy do kiedy i gdzie jest opłacana składka) .....
- Jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej – TAK/NIE\*). Jestem ubezpieczona/y jako członek rodziny  
(podać od kiedy, z kim, gdzie) .....
- Podlegam już obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu – TAK/NIE\* .....
- Mój dotychczasowy okres ubezpieczenia społecznego (składkowy i nieskładkowy) wynosi łącznie .....

### Proszę o zgłoszenie ze mną następujących członków rodziny:

1. Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

2. Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

3. Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

4. Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP ..... stopień pokrewieństwa .....

adres zamieszkania .....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

**Oświadczam, że potwierdzam zgodność danych adresowych i identyfikacyjnych zawartych w oświadczeniu. Jestem świadoma/świadomy, że dane te znajdują się w dokumencie zgłoszeniowym ZUS ZUA. O wszelkich zmianach, dotyczących mnie i członków rodziny, w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić komórkę ubezpieczeń płatnika składek.**

.....  
(data)

.....  
(podpis)

### Pouczenie

Zgodnie z art. 6 ust. 2a i 2b ustawy z dnia 13.10.2008r. o systemie ubezpieczeń społecznych ( Dz. U. z 2009r. Nr 205 poz. 1585 z późn.zm.) Wójt opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, przez okres niezbędny do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1 b ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm). Wójt nie opłaca składki za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, jeżeli podlega ona obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu.

Na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 28 i pkt 28a ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) - obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, oraz osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Stosownie do art. 66 ust. 2 - Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego ww. osoby Zgodnie z art. 73 pkt 10 obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania. Podstawę wymiaru składki stanowi kwota odpowiadająca wysokości odpowiednio świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych (art. 81 ust. 8 pkt 9 i pkt 9b)