



Posiadam na utrzymaniu dziecko/dzieci – imię i nazwisko dziecka i data urodzenia:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Posiadam co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia: TAK / NIE\*

Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci w wieku **do lat 15**: TAK / NIE\* (osoba samotnie wychowująca dziecko w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych)

**UWAGA! Podane informacje o członkach rodziny nie są jednoznaczne ze zgłoszeniem ich do ubezpieczenia zdrowotnego.**

### Wykształcenie i kwalifikacje

	PODSTAWOWE
	GIMNAZJALNE
	ZASADNICZE ZAWODOWE
	ŚREDNIE
	POLICEALNE/POMATURALNE
	WYŻSZE

**Zawód wyuczony:**.....

**Inne kwalifikacje:**

.....

.....

.....

**Znajomość języków obcych:**.....

### **Oświadczenie NFZ:**

	Nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu i proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
	Podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu..... <span style="float: right;">Podać tytuł</span>

Oświadczam, że zostałem pouczone/a o obowiązku niezwłocznego informowania urzędu o każdej zmianie mającej wpływ na powstanie lub ustanie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego oraz o obowiązku zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie podlegają temu ubezpieczeniu z innego tytułu.

**Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: Kto nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia, podlega karze grzywny na podstawie art. 193 w trybie art. 195 w/w ustawy.**

**Zostałem poinformowany/a i jestem świadomy/a, iż:**

–zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego w każdym stadium postępowania organ administracji publicznej obowiązany jest umożliwić stronie wypowiedzenie się przed wydaniem decyzji, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań;

–zgodnie z art.73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego jako strona postępowania mam prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów i prawo to przysługuje mi również po zakończeniu postępowania;

–zgodnie z art 41 Kodeksu postępowania administracyjnego jako strona postępowania administracyjnego mam obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu, w razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku, stypendium lub innego świadczenia pieniężnego w przypadku otrzymania za ten sam okres emerytury, świadczenia przedemerytalnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, renty socjalnej, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli organ rentowy, który przyznał świadczenie , nie dokonał stosownych potrąceń.

.....  
(data i podpis pracownika PUP)

.....  
(data i podpis składającego oświadczenie)