

Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenie emerytalne i rentowe

Ja niżej podpisany/a

Urodzony/a

Zamieszkały/a

Oświadczam, że:

- A. **Podlegam/ nie podlegam** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- B. **Posiadam/ nie posiadam** status członka rodziny osoby ubezpieczonej lub status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- C. **Wnoszę/ nie wnoszę** objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członków mojej rodziny*)
(należy podać nazwisko i imię, datę urodzenia i PESEL, a w przypadku osób dorosłych również serię i nr dowodu osobistego i nr NIP)

1)

2)

3)

4)

5)

- D. **Podlegam/ nie podlegam** obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych przepisów*)

Uwagi:

.....
.....
.....

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Biura Wsparcia Rodzin Urzędu Miejskiego w Gorlicach o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, a także ubezpieczenia zdrowotnego dotyczącej zarówno osoby pobierającej świadczenie opiekuńcze, jak również członków jej rodziny, którzy zostaną objęci ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

*) niewłaściwe skreślić

.....
(Podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)