UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

..... Wałdowo Królewskie, ...
imię i nazwisko

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

1. Jestem osobą stanu wolnego i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu .

Z uwagi na powyższe, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej będzie kontynuował ubezpieczenie zdrowotne.

2. Niniejszym oświadczam, że pozostaję na utrzymaniu współmałżonka / imię i nazwisko współmałżonka /,.....

   Który, podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu (właściwe podkreślić) :

   a / zatrudnienia
   b / prowadzenia pozarolniczej działalności
   c / wykonywania pracy na podstawie umowy – zlecenia
   d / pobierania renty
   e / pobierania emerytury
   f / podlegania ubezpieczeniu rolniczemu
   g / posiadania statusu osoby bezrobotnej
   h / pobierania zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego

3. Współmałżonek nie posiada tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i nie może mnie zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny , gdyż : (np. nie pracuje i nie jest zarejestrowany jako osoba bezrobotna) – prosimy podać przyczynę :

.....
.....

W związku z powyższym przyjmuję do wiadomości, że posiadając rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia tut. organ z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego wiążącego się z przyznaniem świadczenia z ustawy o świadczeniach rodzinnych.

.....
data i podpis podopiecznego