

Oświadczenie

Oświadczam, że nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu i nie jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, o którym mowa w art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam członków rodziny :

1.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)
2.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)
3.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)
4.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)
5.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)
6.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)
7.
(nazwisko i imię, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności)

W przypadku uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni poinformuję organ wypłacający świadczenie pielęgnacyjne / specjalny zasiłek opiekuńczy / zasiłek dla opiekuna*.

Ponadto oświadczam, że posiadam / nie posiadam* orzeczenie o lekkim/ umiarkowanym/ znacznym* stopniu niepełnosprawności przyznane oddo

Powyższe oświadczenie składam świadomy(a), iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić