

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

- osoby korzystającej ze świadczenia pielęgnacyjnego
- osoby korzystającej ze specjalnego zasiłku opiekuńczego

wypełnia osoba uprawniona do świadczeń rodzinnych na podstawie:
art. 16a lub 17 ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych
(Dz.U. z 2006r. Nr 139, poz. 992 ze zm.)

Nazwisko

Imię

Data urodzenia PESEL

NIP

Seria i numer dokumentu tożsamości

Miejsce zamieszkania

Oświadczam, że:

- posiadam inny tytuł, z którego opłacana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne:

TAK/NIE^{*)}

jeśli tak podać jaki

jeśli tak podać okres/y (od kiedy do kiedy)

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

^{*)} niepotrzebne skreślić