

OŚWIADCZENIE – ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

..... PESEL
(Imię i Nazwisko)

Posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu: renty rodzinnej, obowiązkowego (powyżej 1 hektara przeliczeniowego) lub dobrowolnego ubezpieczenia rolników, posiadania uprawnień do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu – (nie dotyczy pobierania alimentów na dzieci) lub innych.....

TAK NIE

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

I. WspółmałżonkaPESEL.....

Zamieszkały
od dnia.....

II. Dzieci:

1.PESEL.....

Zamieszkały
uczy się w
od dnia.....

2.PESEL.....

zamieszkały
uczy się w
od dnia.....

3.PESEL.....

zamieszkały
uczy się w
od dnia.....

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem pouczone o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.”.

.....

czytelny podpis składającego oświadczenie