…………………………………….. Sandomierz, dnia ……………………

(imię i nazwisko)

……………………………………..

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego:

- w KRUS jako rolnik, współmałżonek rolnika lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego ….... \*

- z tytułu pobieranej renty rodzinnej …… \*

- z innego tytułu (za wyjątkiem ubezpieczenia przy małżonku lub u rodzica w związku z kształceniem się do 26 roku życia) ………………………………………………………………………………………… ….... \*

(wymienić tytuł)

 Wnioskuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny:

Za członków rodziny uważa się:

1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku;
2. małżonka;
3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Pokrewień-****stwo** | **Data urodzenia** | **PESEL** | **Adres zamieszkania** | **Niepełnosprawność** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |

*Zostałem/am poinformowany/a, że zgłaszane do ubezpieczenia zdrowotnego niepełnoletnie dzieci lub wnuki, zostaną objęte tym ubezpieczeniem do dnia, w którym ukończyła 18 lat. W celu przedłużenia ubezpieczenia należy przedłożyć zaświadczenie potwierdzające dalszą naukę.*

**Zobowiązuję się do powiadomienia tut. urzędu o wszelkich okolicznościach mających wpływ na powstanie lub ustanie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego oraz utratę statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej, w szczególności nabycie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego przez zgłoszonych członków rodziny oraz zakończenie przez dzieci nauki,
w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.**

**……………………………………… ……………………………………...**

/podpis pracownika//podpis osoby bezrobotnej/

\* - wpisać właściwą odpowiedź TAK lub NIE