

**OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KAMIENCU**  
**ul. Grodziska 11/3 64-061 Kamieniec**

Kamieniec, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....  
(adres zameldowania wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Oświadczam, co następuje:**

W związku z *ubieganiem się o ustalenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego / z ustalonym prawem do świadczenia pielęgnacyjnego\**:

1) informuję, iż nie posiadam innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i z tego względu ubiegam się o opłacanie przez Wójta Gminy składki na ubezpieczenia zdrowotne<sup>1</sup>.

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko członka rodziny	Nr PESEL	Stopień pokrewieństwa
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

2) informuję, iż podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu i nie ubiegam się o opłacanie przez Wójta Gminy składki na ubezpieczenia zdrowotne<sup>1</sup>.

3) W przypadku uzyskania możliwości podlegania ubezpieczeniu zdrowotnego z innego tytułu zobowiązuję się powiadomić tutejszy organ o powstałej zmianie sytuacji, a także przedłożyć stosowny dokument potwierdzający ten fakt.

<sup>1</sup>- W myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561 z późn. zm.) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust. 1 pkt. 28a). Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 67 ust. 3).

W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłaceniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

\* - *niepotrzebne skreślić*

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....  
(data oraz czytelny podpis oświadczającego)