

Bochnia, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE W CELU ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

***NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisu art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

1. **Jestem / nie jestem*** właścicielem (współwłaścicielem) gospodarstwa rolnego o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego i z tego tytułu nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w KRUS.
2. **Jestem / nie jestem*** domownikiem w gospodarstwie rolnym o powierzchni 1 ha przeliczeniowego i z tego tytułu podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w KRUS.
3. **Jestem / nie jestem*** zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia w KRUS (na wniosek).

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, **nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu**:

Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Czy dziecko w wieku powyżej 18 lat kształci się ? (TAK / NIE)	Stopień niepełnosprawności dziecka	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie? (TAK / NIE)

Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny należy dołączyć:

- do wglądu akt urodzenia dziecka/dzieci lub dowód osobisty (w przypadku pierwszego zgłaszania);
- do wglądu odpis aktu małżeństwa (w przypadku pierwszego zgłaszania);
- zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia;
- do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Bochni **w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.**

.....
(data i podpis składającej oświadczenie)