

OŚWIADCZENIE

do celów ustalenia prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z opieką nad osobą niepełnosprawną.

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

kod pocztowy ____ - _____ miejscowość

ulica nr domu nr mieszkania

seria i nr dowodu osobistego nr PESEL

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 z 1997 poz. 553) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy*

Oświadczam, że

1. Jestem objęty(a) ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym w **KRUS**.(TAK/NIE)
2. Jestem objęty(a) ubezpieczeniem zdrowotnym z innych tytułów.(TAK/NIE)
3. Jestem objęta(y) ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu

.....
(podać zakład pracy męża /żony)

4. Nie pozostaję w rejestrze osób bezrobotnych.....(TAK/NIE)
5. Nie mam ustalonego prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, renty socjalnej, emerytury lub renty, ani nikt z rodziny nie ma ustalonego prawa do wcześniejszej emerytury w związku z koniecznością sprawowania opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem.(TAK/NIE)
6. Posiadam orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności** (TAK/NIE)
7. Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego dzieci

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

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

*Art 233 KK § 1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.