

**Zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego
osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne
lub specjalny zasiłek opiekuńczy**

I. Wnioskuje o zgłoszenie do ubezpieczenia

☐ - emerytalno-rentowego ☐ - zdrowotnego

II. Dane do ubezpieczenia

Nazwisko

Imię pierwsze

Imię drugie.....

Nazwisko rodowe

Data urodzenia

PESEL

Adres zameldowania

Adres zamieszkania

III. Informacja o posiadaniu przez w/w orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- ☐ - nie posiadam
☐ - posiadam stopień lekki
☐ - posiadam stopień umiarkowany
☐ - posiadam stopień znaczny

IV. Oświadczenie o ubezpieczeniu społecznym

Niniejszym oświadczam, że

- ☐ - nie jestem ubezpieczona (-y) z innego tytułu
☐ - jestem ubezpieczona (-y) z innego tytułu (wpisać z jakiego)
.....

☐ - posiadam wymagany przez ustawę okres składkowy (20-letni przez kobiety i 25-letni przez mężczyznę)

☐ - nie posiadam wymaganego przez ustawę okresu składkowego.

Posiadam lat okresu składkowego i nieskładkowego.

V. Oświadczenie o ubezpieczeniu zdrowotnym

Niniejszym oświadczam, że:

- ☐ - nie jestem ubezpieczona (-y) z innego tytułu
- ☐ - jestem ubezpieczona (-y) z innego tytułu (wpisać z jakiego)

.....

VI. Informacje o pozostałych członkach rodziny

- ☐ - nie zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego
- ☐ - zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

W przypadku wystąpienia zmian w treści niniejszego zgłoszenia zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia ośrodka.

.....

(data i czytelny podpis)

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego

1.

Nazwisko

Imię pierwsze

Imię drugie.....

Nazwisko rodowe

Data urodzenia

PESEL

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności

Adres zamieszkania

(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

2.

Nazwisko

Imię pierwsze

Imię drugie.....

Nazwisko rodowe

Data urodzenia

PESEL

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności

Adres zamieszkania

(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

3.

Nazwisko
Imię pierwsze
Imię drugie.....
Nazwisko rodowe
Data urodzenia
PESEL
Stopień pokrewieństwa
Stopień niepełnosprawności
Adres zamieszkania
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

4.

Nazwisko
Imię pierwsze
Imię drugie.....
Nazwisko rodowe
Data urodzenia
PESEL
Stopień pokrewieństwa
Stopień niepełnosprawności
Adres zamieszkania
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

.....
(data i czytelny podpis)