

Zaznacz, jeśli nastąpiły zmiany w stosunku do danych zawartych w Oświadczeniu

OŚWIADCZENIE ZMIANA OŚWIADCZENIA

**OSOBY SPRAWUJĄCEJ OSOBISTĄ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM
O ZAMIARZE PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM EMERYTALNEMU I RENTOWYM ORAZ
WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Instrukcja wypełniania

W przypadku zmiany oświadczenia wypełnij swoje dane i pola, które zmieniasz.

Jeśli zmieniasz dane identyfikacyjne podaj również poprzednie dane.

Oświadczenie złoż osobисто w naszej placówce lub listownie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres zamieszkania**
5. Wypełnij obowiązkowo pola oznaczone gwiazdką *
6. Zanim wypełnisz oświadczenie, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

Dane wnioskodawcy

Wypełnij swoimi danymi! Upewnij się czy dane są poprawne

Numer PESEL*

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię*

Nazwisko*

Data urodzenia*
dd / mm / rrrr

Ulica*

Numer domu* Numer lokalu

Kod pocztowy* Miejscowość*

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa lub kod)*

Wpisz nazwę lub-jeśli pamiętasz- kod oddziału NFZ.

Poprzednie dane wnioskodawcy

Podaj tylko wtedy gdy zmieniasz swoje dane identyfikacyjne

Wypełnij tylko wtedy, gdy zmieniły się Twoje dane identyfikacyjne. Wstaw poprzednie dane.

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Dane dziecka

Imię*

Nazwisko*

Data urodzenia*

dd	/	mm	/	rrrr			

Podaj ostatni okres i tytuł do ubezpieczeń społecznych.

Przykład:
okres: od 1.01.2017 r. do 30.06.2017 r.
z tytułu: umowy zlecenia

Informacje

Informacja o ostatnim okresie ubezpieczenia*

Podaj okres od-do

Ubezpieczenie z tytułu*

Podaj tytuł ubezpieczenia

Dzień rozpoczęcia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem*

dd	/	mm	/	rrrr			

Dzień zakończenia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem*

dd	/	mm	/	rrrr			

WAŻNE!

Zostaniesz objęty ubezpieczeniem, nie wcześniej niż od dnia, w którym złożysz oświadczenie. Osobistą opiekę możesz sprawować do 3 lat (nie dłużej niż do końca roku kalendarzowego, w którym dziecko ukończy 6 lat), albo w przypadku dziecka niepełnosprawnego - do 6 lat (nie dłużej niż do 18 roku życia)

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która przebywa na urlopie wychowawczym/ macierzyńskim/ zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego*

TAK NIE

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która sprawuje osobistą opiekę nad dzieckiem*

TAK NIE

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

Wypełnij danymi członka rodziny. Upewnij się czy są poprawne.

Numer PESEL*

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli członek rodziny nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię*

Nazwisko*

Data urodzenia*

dd	/	mm	/	rrrr			

Poniższe pola wypełnij, jeśli adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż Twój adres

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Podaj datę uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny. Data nie może być wcześniejsza niż wskazany przez Ciebie dzień rozpoczęcia opieki.

Wpisz np. małżonek, dziecko własne, dziecko przysposobione lub dziecko małżonka, matka, ojciec, macocha, ojczym, babka, dziadek itd.

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa*

Dziecko ma ustalony znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE

Członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

Data, w której członek rodziny uzyskał uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego*

dd / mm / rrrr

Dziecko kształci się (wypełnij, jeśli zgłaszasz dziecko w wieku 18–26 lat) TAK NIE

Jeśli zgłaszasz wnuka, zaznacz poniższe pola:

Którykolwiek z rodziców podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu obowiązkowo lub dobrowolnie

TAK NIE

Którykolwiek z rodziców jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek

TAK NIE

Zaznacz jeśli zgłaszasz: ojca, matkę, dziadka, babkę, i pozostają oni z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym.

Nie zapomnij dołączyć do oświadczenia. Możesz zatrzymać oryginały, ZUS zachowa kopie poświadczony przez siebie za zgodność z oryginałem.

Załączniki

Załączam oryginał: skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka*

orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności

Oświadczenie

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w tym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zakład Ubezpieczeń Społecznych w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych zmian (art. 36 ust. 16 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Data

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis