

[nie wypełniać tej części, jeśli oświadczenie jest składane tylko w celu zgłoszenia lub wyrejestrowania członków rodziny]

- Wnoszę o zgłoszenie wyrejestrowanie mnie od dnia r. do/z ubezpieczenia zdrowotnego i oświadczam, że: podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu TAK NIE
- [w przypadku zaznaczenia TAK wstawić znak "X" w odpowiednim miejscu poniżej]
- z tytułu podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy - tylko w czasie niepodlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku lub stypendium**
- z tytułu pobierania renty rodzinnej
- z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
- z tytułu

[nie wypełniać tej części, jeśli oświadczenie jest składane tylko w celu zgłoszenia lub wyrejestrowania samego bezrobotnego]

- Wnoszę o zgłoszenie wyrejestrowanie od dnia r. do/z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny:

nazwisko i imię data ur. PESEL
 seria i nr dow. osob./paszportu [tylko jeśli brak nr PESEL] pokrewieństwo/powinowactwo***
 adres zamieszkania [jeśli inny niż bezrobotnego]
 kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

.....

nazwisko i imię data ur. PESEL***
 seria i nr dow. osob./paszportu [tylko jeśli brak nr PESEL] pokrewieństwo/powinowactwo***
 adres zamieszkania [jeśli inny niż bezrobotnego]
 kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

.....

nazwisko i imię data ur. PESEL
 seria i nr dow. osob./paszportu [tylko jeśli brak nr PESEL] pokrewieństwo/powinowactwo***
 adres zamieszkania [jeśli inny niż bezrobotnego]
 kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

.....

nazwisko i imię data ur. PESEL***
 seria i nr dow. osob./paszportu [tylko jeśli brak nr PESEL] pokrewieństwo/powinowactwo***
 adres zamieszkania [jeśli inny niż bezrobotnego]
 kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

.....

nazwisko i imię data ur. PESEL
 seria i nr dow. osob./paszportu [tylko jeśli brak nr PESEL] pokrewieństwo/powinowactwo***
 adres zamieszkania [jeśli inny niż bezrobotnego]
 kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

.....

nazwisko i imię bezrobotnego data ur. im. ojca

data podpis bezrobotnego

Objaśnienia dot. ubezpieczenia zdrowotnego

1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.
2. Innym obowiązkowym tytułem ubezpieczenia zdrowotnego jest m.in. pobieranie renty rodzinnej oraz podleganie z mocy ustawy ubezpieczeniu społecznemu rolników.
3. Rolnik podlega ubezpieczeniu społecznemu z mocy ustawy, jeżeli jego gospodarstwo obejmuje obszar użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego lub dział specjalny i jeżeli nie podlega innemu ubezpieczeniu społecznemu.
4. Innym ubezpieczeniem społecznym jest m.in. obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium. Dlatego w okresach pobierania przez bezrobotnego rolnika zasiłku lub stypendium Powiatowy Urząd Pracy w Sanoku zgłosi go do ubezpieczenia zdrowotnego (zasady te odnoszą się także bezrobotnego, który jest małżonkiem rolnika lub domownikiem).
5. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do tego ubezpieczenia członków rodziny, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (także jeżeli nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii).
6. Członkiem rodziny jest: • dziecko (dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka), do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku • małżonek • wstępny (np. rodzic) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
7. Wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, nie podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu, ani nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego państw wymienionych powyżej.
8. Należy niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Sanoku o zmianie danych osobowych (swoich oraz członków rodziny), o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (np. z tytułu podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników lub z tytułu nabycia prawa do renty rodzinnej), o zaprzestaniu spełniania przez członków rodziny kryteriów wymienionych w pkt 6 (np. o nieodbywaniu nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia) oraz o nabyciu przez członka rodziny „własnego” tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (np. z powodu podjęcia przez członka rodziny zatrudnienia).
9. Niepoinformowanie Urzędu o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny grozi karą grzywny.