Nazwisko………………………….………

Imię ……………………………………….

PESEL…………………………………….

Adres zam. ………………………………..

…………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezrobotnej

**Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni nie podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu** - art. 66 ust. 1 pkt 24 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

W związku z powyższym oświadczam co następuje:

1. Jestem właścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni **przekraczającej 1 ha** **przeliczeniowy** ……………………………..………………………………………………

podać powierzchnię

i podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jako:

a) **rolnik** ……………………………………….

b) **małżonek rolnika** ……………………………

2. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jako:

a) **rolnik** podlegający **dobrowolnemu ubezpieczeniu** społecznemu rolników .......................

b) **domownik** podlegający **dobrowolnemu ubezpieczeniu** społecznemu rolników………….

3. Pobieram rentę rodzinną w wysokości nie przekraczającej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę ………………………………………………………………………..

**W myśl art. 9 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jeżeli osoba, która ma jednocześnie ustalone prawo do renty, to z tytułu pobierania zasiłku lub stypendium podlega dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu.**

Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam** zgody na objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu pobierania zasiłku lub stypendium.

***O wszelkich zmianach w stosunku do danych w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.***

**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……………………………………….

data i podpis bezrobotnego

***POUCZENIE:*** należy wpisać **TAK** lub **NIE**

**\* niewłaściwe skreślić**

**Zgłaszam / nie zgłaszam\*** do ubezpieczenia zdrowotnego n/wym. członków mojej rodziny:

1)……………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa ……………………………..

adres zamieszkania …………………………………………………………………………..

uczeń …………………………………………………………………………………………

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do …………….

**2)**……………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa ……………………………..

adres zamieszkania …………………………………………………………………………..

uczeń …………………………………………………………………………………………

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do …………….

**3)**……………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa ……………………………..

adres zamieszkania …………………………………………………………………………..

uczeń …………………………………………………………………………………………

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do …………….

**4)**……………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

PESEL ……………………………… stopień pokrewieństwa ……………………………..

adres zamieszkania …………………………………………………………………………..

uczeń …………………………………………………………………………………………

podać nazwę szkoły/uczelni w przypadku dzieci, które ukończyły 18 lat

Stopień niepełnosprawności: …………………….. od ……………………. do …………….

**Pouczenie:**

**Zgłoszenie dziecka powyżej 18 roku życia do ubezpieczenia zdrowotnego może nastąpić po przedłożeniu zaświadczenia ze szkoły o kontynuowaniu nauki z podaniem daty końca nauki zgodnie z programem nauczania lub orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innego traktowanego na równi.**

***Zobowiązuję się powiadomić płatnika składek tj. Powiatowy Urząd Pracy w Opolu Lubelskim, w terminie 7 dni, o zaistnieniu okoliczności powodujących ustanie statusu członka rodziny.***

……………………………………….

data i podpis bezrobotnego

Nazwisko………………………….………

Imię ……………………………………….

PESEL…………………………………….

Adres zam. ………………………………..

…………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że **nie zostałem/łam zgłoszony/a do ubezpieczenia zdrowotnego przez płatnika Powiatowy Urząd Pracy w Opolu Lubelskim** od dnia …………………………………. ze względu na:

🞏 posiadanie lub użytkowanie gospodarstwa rolnego o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 1 ha przeliczeniowy ;

🞏 spełnianie ustawowych kryteriów do obowiązkowego ubezpieczenia jako małżonek rolnika;

🞏 podleganie ubezpieczeniom w KRUS jako domownik w gospodarstwie o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 1 ha przeliczeniowy ;

🞏 dobrowolne ubezpieczenie w KRUS;

🞏 posiadanie uprawnień do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu;

🞏 pobieranie renty rodzinnej.

Zostałem/łam pouczony/na, że włączenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez **płatnika Powiatowy Urząd Pracy w Opolu Lubelskim,** może nastąpić po utracie dotychczasowego tytułu i dostarczeniu dokumentu potwierdzające utratę tytułu do ubezpieczenia lub decyzji KRUS o nie podleganiu ubezpieczeniu społecznemu w KRUS jako rolnik lub małżonek rolnika.

Opole Lubelskie, dnia …………………. .

……………………………………..

/podpis osoby składającej oświadczenie/

Nazwisko………………………….………

Imię ……………………………………….

PESEL…………………………………….

Adres zam. ………………………………..

…………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

**Wypełniając obowiązek informowania płatnika o wszelkich zmianach dotyczących podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, które zaistniały po dniu zgłoszenia mnie oraz członków mojej rodziny przez płatnika Powiatowy Urząd Pracy w Opolu Lubelskim do ubezpieczenia zdrowotnego, zgłaszam wniosek o:**

**⮚ - wyłączenie mnie z ubezpieczenia zdrowotnego z dniem ……………………………… z uwagi na:**

🞏 - obowiązkowe objęcie ubezpieczeniem w KRUS spowodowane nabyciem gospodarstwa rolnego o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 1 ha przelicz. a nie przekraczającej 2 ha przelicz.

🞏 - obowiązkowe objęcie ubezpieczeniem w KRUS jako małżonek rolnika / domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 1 ha przelicz. a nie przekraczającej 2 ha przelicz.

🞏 - dobrowolne ubezpieczenie w KRUS

**⮚ - wyłączenie z ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:**

1)……………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

PESEL ………………………………………………………………………………………..

stopień pokrewieństwa ……………………………………………………………………….

od dnia ……………………………z powodu: ……………………………………………….

………………………………………………………………………………………………. .

2)………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

PESEL ………………………………………………………….……………………………..

stopień pokrewieństwa ………………………………………………………………………..

od dnia ……………………………z powodu: ……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….. .

3)………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko

PESEL ………………………………………………………....……………………………….

stopień pokrewieństwa …………………………………………………………………………

od dnia ……………………………z powodu: …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………. .

Opole Lubelskie, dnia …………………. ……………………………………..

/podpis osoby składającej oświadczenie/