Gołdap, …………………….………..

……………………………………………………….…

Imię i nazwisko

…………………………………………………………

Adres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

**Oświadczenie**

**dla celów zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

**w Narodowym Funduszu Zdrowia**

Oświadczam, iż zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  członka rodziny | Data urodzenia | Pesel | Stopień pokrewieństwa | Adres zamieszkania | Stopień niepełno-sprawności |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

⁭ właściwe zaznaczyć X

⁭Oświadczam, że małżonek ……………………………………………………… nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁭Oświadczam, że wstępny ……………………………………………………… nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

⁭Oświadczam, że rodzice wnuka/wnuczki\* ………………………………………………………………………………....

nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust.1, nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo nie podlegają ubezpieczeniu dobrowolnemu.

\*niepotrzebne skreślić

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż treść mojego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym oraz zostałem(am) pouczony(a) o ***obowiązku poinformowania PUP w Gołdapi o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.***

…………………..…………………………………………..

(podpis składającego oświadczenie)

**Pouczenie**

Osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego przez PUP w Gołdapi ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Członkami rodziny są następujące osoby:

* dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
* małżonek,
* wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:

1. ponadgimnazjalną – wygasa po upływie 6 miesięcy od zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;
2. wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje bezrobotnemu niepodlegającemu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, od dnia nabycia statusu bezrobotnego a wygasa z dniem utraty tego statusu i ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Bezrobotny, w stosunku do którego wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 2561, z późn. zm.).