**ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH**

 **DANE WNIOSKODAWCY**

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

IMIONA I NAZWISKO PESEL

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

Nazwisko rodowe Data i miejsce urodzenia

Stan cywilny……………………………….……………………………………………….

Adres zamieszkania…………….…………………………………………………………...

Adres zameldowania………………………………………………………………………..

Adres korespondencyjny……………………………………………………………………

*Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (*t.j.: Dz. U. z 2018, poz. 1600 ze zm.*) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy* **•,**

 **O ś w i a d c z a m że :**

* Mam ustalone prawo do emerytury TAK/NIE \*
* Mam ustalone prawo do renty, renty rodzinnej\*\* TAK/NIE\*

 Jeśli tak podać do kiedy oraz nr decyzji……………………………………………….

* Posiadam grupę inwalidzką TAK/NIE\*

 Jeśli tak to podać od kiedy oraz grupę………………………………………………...

* Na osobę wymagającą opieki inna osoba ma ustalone prawo do wcześniejszej

emerytury TAK/NIE\*

* Jestem właścicielem gospodarstwa rolnego TAK/NIE\*

 Jeśli tak to podać powierzchnię gospodarstwa w ha przeliczeniowych ………………..

* Czy korzystałam/em z dopłat unijnych dla rolników TAK/NIE\*
* Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą TAK/NIE\*

Jeśli tak to podać od kiedy ……………………………………………………………

* Jestem zarejestrowana/y w urzędzie pracy TAK/NIE\*
* Posiadam prawo do zasiłku dla bezrobotnych TAK/NIE\*
* Pozostaję w zatrudnieniu TAK/NIE\*
* Ostatnie zatrudnienie ustało dnia ……………………………………………………
* Posiadam prawo do zasiłku chorobowego TAK/NIE
* Pobieram zasiłek macierzyński po utracie zatrudnienia TAK/NIE

**ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Z uwagi na brak podstaw do ubezpieczenia zdrowotnego z innych tytułów proszę o objęcie mnie wraz z członkami mojej rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym. Wymienione osoby wchodzą w skład rodziny a także pozostają w składzie rodziny i ze mną zamieszkują.

**DANE CZŁONKÓW RODZINY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię Nazwisko | PESEL | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | Stopień pokrewieństwa |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

*Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (*t.j.: Dz. U. z 2018, poz. 1600 ze zm. *) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy* **•,**

**O ś w i a d c z a m**

* Posiadam inny tytuł do ubezpieczeń zdrowotnych TAK/NIE\*
* Dziecko ma ustalone prawo do renty socjalnej TAK/NIE\*
* Mam uprawnienie do świadczeń alimentacyjnych na siebie na podstawie ugody sądowej

lub prawomocnego orzeczenia sądu TAK/NIE\*

* Pełnoletni członek rodziny (dziecko) jest objęty /nie jest objęty\* ubezpieczeniem zdrowotnym

 ……………………………..

 (data i podpis wnioskodawcy)

**ODSTĄPIENIE OD ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

 Oświadczam, że członkowie mojej rodziny są zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego w:

............................................................................................................................................................

 …..……………………………….

 (data i podpis wnioskodawcy)

**ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**

Z uwagi na brak podstaw do ubezpieczenia społecznego z innych tytułów proszę o objęcie ubezpieczeniem społecznym.

*Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (*t.j.:Dz. U. z 2018, poz. 1600 ze zm.*) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy* **•**

**O ś w i a d c z a m**

* Posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych TAK/NIE\*
* Mam ustalony kapitał początkowy i zobowiązuję się do jego dostarczenia do dnia …………
* Mój okres składkowy nie wynosi 20 lat (kobieta)\* / 25 lat (mężczyzna)\*

 .…..……………………………….

 (data i podpis wnioskodawcy)

 Proszę o wystąpienie w moim imieniu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w celu ustalenia mojego okresu składkowego.

 …..……………………………….

 (data i podpis wnioskodawcy)

**ODSTĘPUJĘ OD ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO Z POWODU:**

...............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

 …..……………………………….

 (data i podpis wnioskodawcy)

**•**Art. 233 K.K.

§ 1 – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a – Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* z wyjątkiem rent przyznanych na podstawie przepisów prawa cywilnego (np. renta wyrównawcza) oraz rent socjalnych przyznawanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (t.j.:Dz.U.2018 poz. 1340 ze zm.)