

DANE DO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (ZUS, KRUS) I ZDROWOTNYCH (ZUS)

(wypełnia osoba pobierająca świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek dla opiekuna, specjalny zasiłek opiekuńczy)

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Obywatelstwo _____

Adres zameldowania _____

Adres zamieszkania _____

Oświadczam, że jestem rolnikiem/ małżonkiem rolnika/ domownikiem* i z dniem _____

zaprzestałam prowadzenia gospodarstwa rolnego/ wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym*.

Legitymuję się 20 /25 letnim okresem składkowym i nieskładkowym	Tak	Nie*
Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym w ZUS	Tak	Nie*
Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym w KRUS	Tak	Nie*
Mam inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego	Tak	Nie*
<p>Zgodnie z art. 66 ust. 2 ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>Przez członka rodziny w świetle art. 5 pkt 3 należy rozumieć następujące osoby:</p> <p>a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka 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,</p> <p>b) małżonka,</p> <p>c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;</p> <p>Spełniam warunki do zgłoszenia mnie jako członka rodziny, jeśli tak, podać jakie:</p> <p>_____</p>		
	Tak	Nie*

O uzyskaniu/utracie statusu członka rodziny należy niezwłocznie poinformować tutaj. Ośrodek

Dane o członkach rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

L.P.	Nazwisko i imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Adres zamieszkania

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ właściwy wypłacający świadczenie.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

* niepotrzebne skreślić _____

_____ data, podpis osoby składającej oświadczenie

Art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych: Za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio:

1) świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, 2) zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów – przez okres niezbędny do uzyskania okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) odpowiednio 20 -letniego przez kobiety i 25 - letniego przez mężczyznę.

2b. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta nie opłaca składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, jeżeli podlega ona obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych przepisów lub jest ubezpieczona na podstawie art.16 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników

2c. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta, jeżeli wypłaca osobie świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o udzielenie informacji o przebiegu ubezpieczenia oraz za jaki okres za tę osobę powinien opłacać składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe