

**DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ŚWIADCZENIE  
PIELĘGNACYJNE/SPECJALNY ZASIŁEK OPIEKUŃCZY**

**DANE WNIOSKODAWCY**

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Nazwisko                        |              |
| Imię pierwsze                   | Imię drugie  |
| Nazwisko rodowe                 | Stan cywilny |
| PESEL                           | NIP          |
| Seria i numer dowodu osobistego |              |
| Adres zameldowania              |              |
| Adres zamieszkania              |              |

**OŚWIADCZENIE**

**1) Ubezpieczenie zdrowotne (właściwe zaznaczyć):**

nie wnioskuję o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ jestem ubezpieczona/y jako członek rodziny osoby ubezpieczonej lub podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu;

wnioskuję o ubezpieczenie zdrowotne.

**Proszę o zgłoszenie ze mną następujących członków rodziny:**

1. Imię i nazwisko

.....

PESEL ..... NIP ..... stopień  
pokrewieństwa.....

adres zamieszkania.....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

2. Imię i nazwisko

.....

PESEL ..... NIP ..... stopień  
pokrewieństwa.....

adres zamieszkania.....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

3. Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

\* niewłaściwe skreślić

.....

PESEL ..... NIP ..... stopień  
pokrewieństwa.....

adres zamieszkania.....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

4. Imię i nazwisko

.....

PESEL ..... NIP ..... stopień  
pokrewieństwa.....

adres zamieszkania.....

Oświadczam, że powyższy członek rodziny posiada/nie posiada\*) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

**2) Ubezpieczenie społeczne (właściwe zaznaczyć):**

oświadczam, iż podlegam już obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego

tytułu.....

oświadczam, iż nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu.

Mój dotychczasowy okres ubezpieczenia społecznego (składkowy i nieskładkowy) wynosi łącznie.....

***Oświadczam, że potwierdzam zgodność danych adresowych i identyfikacyjnych zawartych w oświadczeniu. Jestem świadoma/świadomy, że dane te znajdują się w dokumencie zgłoszeniowym ZUS ZUA/ZZA. O wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić tutejszy Dział.***

.....  
.....

(data i podpis osoby składającej

oświadczenie)

Pouczenie

Zgodnie z art. 6 ust. 2a i 2b ustawy z dnia 13.10.2998r. o systemie ubezpieczeń społecznych ( Dz. U. z 2009r. Nr 205 poz. 1585 z późn.zm.) Wójt opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio świadczenia

\* niewłaściwe skreślić

pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, przez okres niezbędny do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1 b ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm). Wójt nie opłaca składki za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, jeżeli podlega ona obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu.

Na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 28 i pkt 28a ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) - obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, oraz osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Stosownie do art. 66 ust. 2 - Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego ww. osoby. Zgodnie z art. 73 pkt 10 obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania. Podstawę wymiaru składki stanowi kwota odpowiadająca wysokości odpowiednio świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych (art. 81 ust. 8 pkt 9 i pkt 9b).