druk obowiązujący od 18.09.2020r.

Jastrzębie-Zdrój, dnia……..

……..……..……
(imię i nazwisko)

Jastrzębie-Zdrój, ul. ……..……..……..

O Ś W I A D C Z E N I E

(osoby ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna)

Do celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń emerytalnego i rentowego oraz zdrowotnego, w związku z ubieganiem się o świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna oświadczam, że:

1. Uzyskałam (łem)

……..... - letni okres ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego)

2. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego:

TAK ☐ - (gdzie?) ……..…….……

NIE ☐

3. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego / podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny:

TAK ☐ - (gdzie? / przy kim?) ……...……

NIE ☐

4. Pozostali członkowie rodziny podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego:

TAK ☐ - (kto?):

1) imię i nazwisko:……..…….……..…
stopień pokrewieństwa:……..……
podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:……..……
pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK ☐ NIE ☐

2) imię i nazwisko:……..…….……..…
stopień pokrewieństwa:……..……
podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:……..……
pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK ☐ NIE ☐

3) imię i nazwisko:……..…….……..…
stopień pokrewieństwa:……..……
podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:……..……
pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK ☐ NIE ☐

4) imię i nazwisko:……..…….……..…
stopień pokrewieństwa:……..……
podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:……..……
pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK ☐ NIE ☐

NIE* ☐ Proszę więc o zgłoszenie ze mną do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:……...

……..……..

**(zaznaczając „NIE" należy ponadto wypełnić druk zgłoszenia danych o członkach rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego)*

5. **W przypadku nadpłaty ww. świadczenia / ubiegania się o nadpłatę** oświadczam, że w okresie od dnia przyznania prawa do ww. świadczenia / za okres ubiegania się o ww. świadczenie:

a) podlegałam(łem) obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego:

TAK ☐ - (gdzie, w jakim okresie?) ……..……...…...……..……

NIE ☐ - (w jakim okresie?) ……...…..……...……..……..…

b) podlegałam(łem) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego / podlegałam(łem) ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny :

TAK ☐ - (gdzie?/przy kim?, w jakim okresie?) ……...……..…….…….……

NIE ☐ - (w jakim okresie?) …….……...…….……

(*pkt. 5 ma na celu ustalenie sytuacji ubezpieczeniowej za okres sprzed dnia złożenia oświadczenia tj. za okres od dnia uzyskania prawa do świadczenia pielęgnacyjnego/ specjalnego zasiłku opiekuńczego/ zasiłku dla opiekuna)*

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć niezbędne dokumenty potwierdzające okresy ubezpieczenia (składkowe i nieskładkowe) w terminie 14 dni licząc od dnia złożenia niniejszego oświadczenia (dotyczy osób, które nie udokumentowały uzyskanego stażu pracy)

P O U C Z E N I E

1. Za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, 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 kobietę i 25-letniego przez mężczyznę (art. 6 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, t.j. Dz.U. z 2020r., Poz. 266 z późn. zm.).
2. 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 (Dz. U. z 2019r. Poz. 299 z późn. zm.) (art. 6 ust. 2b ww. ustawy);
3. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, 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, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu oraz osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust 1pkt. 28,28a,28b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2020r., Poz. 1398 z późn. zm.)
4. 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, Przepisu tego nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu. (art. 66 ust. 2, ust. 3 ww. ustawy)
5. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawy. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach 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 (art. 67 ust. 3 ww. ustawy).
6. Przez członka rodziny rozumie się: **a)** dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku, **b)** małżonka, **c)** wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (art. 5 pkt 3 ww. ustawy)
7. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8" (Art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j. Dz. U. z 2019r., Poz. 1950 z późn. zm.).

Dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić.

……..	**……..**
(data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie)	**(data i podpis osoby składającej oświadczenie)**