

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) _____
zamieszkały(a): _____ legitymujący(a) się dowodem
osobistym numer: _____ PESEL: _____

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i § 2 Ustawy z dnia 6.06.1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88 z 1997 poz. 533) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy¹, a także świadomy celu składania zeznań oświadczam, że:

I. ² posiadam inną podstawę do ubezpieczenia zdrowotnego – jestem ubezpieczony(a):

² przy współmałżonku w Jego zakładzie pracy

² przy współmałżonku w ZUS/KRUS* przy Jego świadczeniu emerytalno-rentowym

² w KRUS – jako rolnik / współmałżonek rolnika*

² posiadam inny tytuł do ubezpieczenia – _____
(należy podać, jaki)

² nie posiadam innej podstawy do ubezpieczenia zdrowotnego – proszę o objęcie mnie
oraz członków mojej rodziny tym ubezpieczeniem

Członkowie rodziny Wnioskodawcy do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego
przez GOPS w Wojniczu – przy świadczeniu pielęgnacyjnym:

1. _____
(imię i nazwisko)

PESEL: _____ ; _____
(stopień pokrewieństwa)

2. _____
(imię i nazwisko)

PESEL: _____ ; _____
(stopień pokrewieństwa)

II. ² posiadam okres składkowy i nieskładkowy, o którym mowa w art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.)

² nie posiadam okresu składkowego i nieskładkowego, o którym mowa w art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.)

III. ² posiadam inną podstawę do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego – jestem
ubezpieczony(a) w _____

² nie posiadam innej podstawy do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego –
proszę o objęcie mnie tym ubezpieczeniem

IV. ² pracuję na gospodarstwie rolnym

² nie pracuję na gospodarstwie rolnym

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Ośrodka Pomocy Społecznej o zmianie mojej sytuacji mającej wpływ na przyznane świadczenie pielęgnacyjne oraz na tytuł do ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i zdrowotnego przy w/w świadczeniu.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

¹⁾ **Art.233 § 1** – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 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.

²⁾ – właściwe zaznaczyć **X**.

* niewłaściwe skreślić