



.....
 (imię i nazwisko)

.....
 (adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisu art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

1. **Nie jestem właścicielem (współwłaścicielem)** gospodarstwa rolnego o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego i z tego tytułu nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. **Nie jestem domownikiem** w gospodarstwie rolnym o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego i z tego tytułu nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
3. Nie ubezpieczam się **dobrowolnie w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.**
4. Oświadczam, że **przystąpiłem/am/ do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zam. (jeżeli jest inny niż powyżej)	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL										Stopień niepełno sprawności (wpisać TAK, jeżeli posiada)		
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	

Krewny wstępny /rodzice, dziadkowie/ wymieniony w pkt pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy, właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia lub organ rentowy wypłacający emeryturę lub rentę.

.....
 (czytelny podpis osoby bezrobotnej)