

Cieszyn, dnia

.....
(imię i nazwisko)

43-400 Cieszyn

ul.

Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Cieszynie

WNIOSEK
Zgłoszenie do ubezpieczenia

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do objęcia ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym / zdrowotnym* (*niewłaściwe skreślić) w związku z następującymi okolicznościami (zaznaczyć właściwe):

jestem osobą rezygnującą z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem;

jestem osobą ubiegającą się o świadczenie pielęgnacyjne na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych przepisów a także nie jestem ubezpieczony na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

jestem osobą ubiegającą się o specjalny zasiłek opiekuńczy, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych przepisów a także nie jestem ubezpieczony na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

jestem osobą pobierającą zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych przepisów, a także nie jestem ubezpieczony na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

W przypadku objęcia wyłącznie ubezpieczeniem zdrowotnym (zaznaczyć właściwe):

jestem osobą ubiegającą się o zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

jestem osobą bezdomną wychodzącą z bezdomności niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,

jestem osobą objętą indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizującą kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065, 1292, 1321, 1428 i 1543), niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Wnoszę o zgłoszenia do ubezpieczenia: zdrowotnego od dnia

niżej wymienionych osób:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia oraz PESEL	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności
1					
2					
3					
4					

Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym / zdrowotnym* (*niewłaściwe skreślić) z innych tytułów.

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu oraz pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia, w szczególności o pozyskaniu przeze mnie lub członków mojej rodziny innych tytułów do ubezpieczeń niezwłocznie powiadomię Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Cieszynie.

.....

Podpis

KIEROWNIK OŚRODKA
Helena Smolarz