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](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/16831915_art(4)_5?pit=2018-05-30) o świadczeniach rodzinnych i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych [przepisów](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/16831915_art(6)_4?pit=2018-05-30) a także nie jestem ubezpieczony na podstawie [art. 16 ust. 2 pkt 4](https://sip.lex.pl/#/document/16793985?unitId=art(16)ust(2)pkt(4)&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

jestem osobą ubiegającą się o specjalny zasiłek opiekuńczy, na podstawie [przepisów](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/16831915_art(4)_5?pit=2018-05-30) o świadczeniach rodzinnych i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych [przepisów](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/16831915_art(6)_4?pit=2018-05-30) a także nie jestem ubezpieczony na podstawie [art. 16 ust. 2 pkt 4](https://sip.lex.pl/#/document/16793985?unitId=art(16)ust(2)pkt(4)&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

jestem osobą pobierającą zasiłek dla opiekuna na podstawie [przepisów](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/16831915_art(4)_6?pit=2018-05-30) o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu na podstawie ustawy lub na podstawie odrębnych [przepisów](https://sip.lex.pl/#/search-hypertext/16831915_art(6)_4?pit=2018-05-30), a także nie jestem ubezpieczony na podstawie [art. 16 ust. 2 pkt 4](https://sip.lex.pl/#/document/16793985?unitId=art(16)ust(2)pkt(4)&cm=DOCUMENT) 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](https://sip.lex.pl/#/document/17091885?unitId=art(50)ust(2)&cm=DOCUMENT) 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 | Stopieńpokrewieństwa | Adres zamieszkania | Stopieńniepełnosprawności |
| 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