

## OŚWIADCZENIE

Ja ..... pesel .....

zam. ....

legitymujący/a się dowodem osobistym nr ..... wydanym przez .....

Art. 66, ust. 1, pkt 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938, poz. 2110, poz. 2217, poz. 2361, poz. 2434 z późn. zm.) stanowi, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające: świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna przyznany na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

**Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu .....  
(np. z tytułu ubezpieczenia małżonka, renty rodzinnej).**

Wobec powyższego przyjmuję do wiadomości, że Burmistrz Szubina nie opłaca za mnie składki na ubezpieczenie zdrowotne w związku z pobieranym świadczeniem pielęgnacyjnym, specjalnym zasiłkiem opiekuńczym, zasiłkiem dla opiekuna.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

(miejsowość, data)

(podpis osoby składającej oświadczenie)