

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 2022r., poz. 2561 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, zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).**

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)