

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

**WNIOSEK STUDENTA DOKTORANTA O ZGŁOSZENIE
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NFZ**

Nr albumu Studia stacjonarne niestacjonarne

Dane studenta/doktoranta:

Nazwisko i imię..... Drugie imię.....

Nazwisko rodowe Data urodzenia

Numer PESEL..... Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu.....

Obywatelstwo..... Stopień niepełnosprawności.....
(należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

NFZ Telefon kontaktowy

(województwo)

Adres stałego zameldowania

(województwo, powiat, gmina)

(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Adres zamieszkania

(województwo, powiat, gmina)

(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Data zawarcia umowy z NFZ..... Numer umowy zawartej z NFZ

(wypełniają cudzoziemcy)

(wypełniają cudzoziemcy)

Data powstania obowiązku ubezpieczenia

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

Nazwisko i imię Data urodzenia.....

Numer PESEL..... Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu.....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....
(należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

Adres zamieszkania

(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie mojej rodziny, nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu ani nie zostali zgłoszeni przez innych członków rodziny. W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię APS – Dział Płac o tym fakcie w przeciągu 7 dni od daty jego powstania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej danych osobowych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis

Potwierdzenie statusu studenta/doktoranta w USOS:

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA

Pouczony o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji z art. 233 § 1 Kodeksu karnego *, oraz o odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu karnego** **oświadczam**, że:

I. Nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a w szczególności:

1. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
3. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
4. nie pobieram stypendium sportowego,
5. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
6. nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
7. nie jestem zarejestrowany/a w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
8. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
9. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. nie jestem ubezpieczony jako student innego kierunku studiów na innej uczelni.

nie ukończyłem(-am) 26 lat

11. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),

- rodzice przebywają poza granicami kraju i nie są oddelegowani tam do pracy ;
- rodzice są bezrobotni i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy;
- nie mam przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
- nie mam dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu (pobierają emeryturę, rentę lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę);
- nie mam opiekunów ustanowionych sądownie;
- nie mam rodziny zastępczej

ukończyłem(-am) 26 lat

11. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (nie posiadam współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, który jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, prowadzi działalność gospodarczą),

- II. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię APS - Dział Płac o tym fakcie w przeciągu 7 dni od daty jego powstania.
- III. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Płac w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

*Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

**Art. 286 Kodeksu karnego: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !