

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, o którym mowa w art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zostałem/-am poinformowany/-a, iż w przypadku wyłączenia z ubezpieczenia zdrowotnego z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zobowiązuje się niezwłocznie zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej.

W przypadku utraty ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni informuję organ wypłacający świadczenie pielęgnacyjne / specjalny zasiłek opiekuńczy / zasiłek dla opiekuna*.

Ponadto oświadczam, że posiadam / nie posiadam* orzeczenie o
stopniu niepełnosprawności przyznane od do

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Białystok, dnia

.....
(podpis czytelny osoby składającej oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić