

Łuków, dn.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(pesel)

.....  
nr telefonu

## Oświadczenie

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, który mówi, że: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”,  
**oświadczam, że:**

mój adres zameldowania na pobyt stały to: .....  
.....

adres zameldowania na pobyt tymczasowy to: .....  
.....obowiązuje do dnia: .....

adres do korespondencji .....  
.....

nie posiadam zameldowania na pobyt stały lub czasowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W przypadku dokonania zmiany meldunku lub miejsca zamieszkania zobowiązuję się niezwłocznie poinformować tutejszy urząd.

**korzystam** obecnie z pomocy społecznej (finansowej lub innej); pomoc została przyznana na okres od ..... do .....

**nie korzystam** obecnie z pomocy społecznej, a w razie otrzymania takiej pomocy zobowiązuję się powiadomić o tym fakcie tut. urząd w ciągu 7 dni od daty jej otrzymania.

.....  
(czytelny podpis)

## Oświadczenie w celu ubezpieczenia zdrowotnego

**Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z postanowień art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że :**

1. Podlegam\*/ nie podlegam\* obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w KRUS z tytułu pracy w gospodarstwie rolnym
2. Podlegam\*/ nie podlegam\* obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania renty rodzinnej
3. Podlegam\*/ nie podlegam\* obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnień do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
4. Podlegam\*/ nie podlegam\* obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:

.....

**Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny:**

.....PESEL.....pokrewieństwo.....  
.....PESEL.....pokrewieństwo.....  
.....PESEL.....pokrewieństwo.....  
.....PESEL.....pokrewieństwo.....  
.....PESEL.....pokrewieństwo.....  
.....PESEL.....pokrewieństwo.....

**Oświadczam, że adres zameldowania wstępnych (rodziców, dziadków) jest zgodny z moim.**

Zobowiązuję się do informowania urzędu w terminie 7 dni o wszelkich zmianach mających wpływ na podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu przeze mnie i członków mojej rodziny.

\*niepotrzebne skreślić

### POUCZENIE

Członkami rodziny są następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli się dalej kształci, do ukończenia 26 lat, lub jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo inne traktowane na równi – bez ograniczeń wieku,
- b) małżonek,
- c) wstępni (tj. rodzice, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

Podstawa prawna: art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2024r. poz. 146)

.....

(data i podpis bezrobotnego)