**0\*) wpisać TAK lub NIE**

**OŚWIADCZENIE**

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezrobotnej**

Nazwisko ……………………………………………………… Imię …………………………………………….....

Adres zameldowania ………………………………………..……………………. PESEL …………………………

Stan cywilny …………………………………………….

(panna, kawaler, wdowa, wdowiec, mężatka, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji)

**Dane dotyczące małżonka:** imię i nazwisko, data urodzenia ………………………………………………………

…………………………………………………………..………… (zarejestrowany jako bezrobotny) ………..… \*

**Oświadczam, że:**

1. Jestem właścicielem, posiadaczem (dzierżawcą, użytkownikiem) gospodarstwa rolnego o powierzchni użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego i podlegam z tego tytułu obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w KRUS …………\*

Jestem współmałżonkiem lub domownikiem rolnika posiadającego gospodarstwo rolne o powierzchni

……… ha i podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w KRUS ………… \*

 **2.** Kształcę się w systemie niestacjonarnym ………….. \*

 **3.** Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ …………. \*

**(które nie są osobami zarejestrowanymi w Powiatowym Urzędzie Pracy i nie są ubezpieczone z innego tytułu)**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pokrewieństwo imię nazwisko PESEL

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pokrewieństwo imię nazwisko PESEL

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pokrewieństwo imię nazwisko PESEL

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pokrewieństwo imię nazwisko PESEL

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pokrewieństwo imię nazwisko PESEL

**O wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Biłgoraju.**

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych zeznań lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym (Ustawa z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednolity tekst Dz. U. z 2021r. poz. 1285 z późn. zm.).

**Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej** …………….\*

…..………......………………………….

data i czytelny podpis bezrobotnego

Objęto ubezpieczeniem z dniem ……………………………………………………………

 podpis i pieczątka pracownika PUP

………………………………………………………………..

Nazwisko i imię

………………………………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………………….

Telefon

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przedłożoną mi klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób bezrobotnych, poszukujących pracy i członków ich rodzin w Powiatowym Urzędzie Pracy w Biłgoraju opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej pod adresem: <http://bilgoraj.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>.

……………………………………………… ………………………………………………

 podpis i pieczątka pracownika PUP data i podpis osoby, której dane są przetwarzane

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**\* - wpisać TAK, NIE lub NIE DOTYCZY**

**OŚWIADCZENIE**

* Oświadczam, że zameldowany/a jestem na pobyt stały lub tymczasowy pod adresem jak wyżej ………… \*
* Oświadczam, że nie jestem zarejestrowany/a w innym urzędzie pracy na terenie Polski, UE i EOG.

……………………………………………… ………………………………………………

 podpis i pieczątka pracownika PUP podpis zarejestrowanego