

## Oświadczenie

**Ja niżej podpisany świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia:**

-----  
( nazwisko i imię bezrobotnego, PESEL) **oświadczam:**

**1) posiadam inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego**

-----  
(podać nazwę instytucji, w której podlega się ubezpieczeniu zdrowotnemu)

**2) nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, chciałbym podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w urzędzie pracy**

**Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o zmianach dotyczących podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.**

-----  
(data i podpis bezrobotnego)

**JESTEM ŚWIADOMY, ŻE CZŁONKOWIE RODZINY NIE SĄ ZGŁOSZENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ MAŁŻONKA ANI NIE POSIADAJĄ INNEGO TYTUŁU UBEZPIECZENIA.**

.....  
data i podpis bezrobotnego

oświadczenie przyjął:

## **Oświadczenie dotyczące współmałżonka**

Oświadczam, że **współmałżonek(a)** .....  
(imię i nazwisko, PESEL)

którego zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Zobowiązuję się **niezwłocznie** poinformować PUP w Opocznie o podjęciu pracy przez współmałżonka albo o innych okolicznościach powodujących ustanie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....

( data i podpis bezrobotnego)

## **Oświadczenie dotyczące dzieci bezrobotnego**

Oświadczam, że

| LP | NAZWISKO I IMIĘ | PESEL | PLANOWANY<br>TERMIN<br>ZAKOŃCZENIA<br>NAUKI |
|----|-----------------|-------|---------------------------------------------|
| 1. |                 |       |                                             |
| 2. |                 |       |                                             |
| 3. |                 |       |                                             |
| 4. |                 |       |                                             |
| 5. |                 |       |                                             |
| 6. |                 |       |                                             |
| 7. |                 |       |                                             |

Zobowiązuję się **niezwłocznie** poinformować PUP w Opocznie o przerwaniu lub kontynuacji nauki przez w/w członków rodziny (jeżeli dziecko ukończy 18 lat i bezrobotny nie informuje, że nadal się uczy, dziecko zostanie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego).

.....  
(data i podpis bezrobotnego)

Oświadczenie przyjął: