

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

(wypełnia osoba ubiegająca się lub pobierająca zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, osoba bezdomna wychodząca z bezdomności niepodlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, osoba objęta indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizująca kontrakt socjalny niepodlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu)

I. DANE DO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. NAZWISKO 2. IMIONA

3. DATA URODZENIA 4. MIEJSCE URODZENIA

5. NAZWISKO RODOWE

6. NR PESEL 7. NR NIP

8. NR TELEFONU 9. OBYWATELSTWO

10. POSIADANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB GRUPA INWALIDZKA TAK / NIE *

Rodzaj stopnia niepełnosprawności lub grupy inwalidzkiej

11. ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA WRAZ Z KODEM POCZTOWYM

12. ADRES ZAMIESZKANIA WRAZ Z KODEM POCZTOWYM

13. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż adres zameldowania na stałe i adres zamieszkania)

1. Wnoszę o:

zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia

z tytułu

i oświadczam, że

- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu
- nie posiadam statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej

2. Wnoszę o:

zgłoszenie do Narodowego Funduszu Zdrowia niżej wymienionych osób i oświadczam, że są to członkowie rodziny (pkt 3 i 4 pouczenia), którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu

II. DANE O CZŁONKACH RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I.p.	Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Data urodzenia	Numer PESEL	Czy osoba ta pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?	Czy osoba ta kształci się? Jeżeli tak to gdzie?	Czy osoba ta posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? O jakim?

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku (część I i II) są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie o zmianie danych osobowych oraz innych danych zawartych w niniejszym wniosku, w tym o podleganiu przez osobę zgłoszoną do Funduszu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu lub o utracie przez tę osobę statusu członka rodziny.

.....
(data)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wniosek został złożony w obecności pracownika MOPS.

.....
(data)

.....
(podpis pracownika MOPS)

*Niepotrzebne skreślić

POUCZENIE

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 nr 164 poz 1027 z późniejszymi zmianami)

1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art 66 ust 1 pkt 26),

- osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art 66 ust 1 pkt 29),

- osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art 66 ust 1 pkt 30).

2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Narodowego Funduszu Zdrowia uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Narodowego Funduszu Zdrowia członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 (między innymi nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego), którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Określenie członek rodziny oznacza następujące osoby:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku

b) małżonka

c) wstępnych (rodziców, dziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

5. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17-20, 26-28, 30 i 33, w tym osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej oraz osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny.

6. Powyższego przepisu nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.