

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

Oświadczenie należy wypełnić wpisując TAK lub NIE

OŚWIADCZENIE

Pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: "Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3".

1. **Jestem osobą niezatrudnioną i nie wykonuję innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej:**
 - a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie.....
 - b) w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze.....
2. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.....
Jeżeli TAK proszę podać jakie.....
3. Rozliczam się w Urzędzie Skarbowym w
4. Posiadam wpis w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS).....
5. Posiadam wpis w ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG).....
 - a) zgłosiłem(am) wniosek o zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej i okres zawieszenia jeszcze nie upłynął.....
6. Jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych.....
7. Podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej.....
8. Podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).....
9. Odbynam karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.....
10. Osiągam przychody.....
Jeżeli TAK proszę podać źródło i wysokość.....
11. Pobieram niżej wymienione świadczenia:

– emeryturę..... – zasiłek stały..... – zasiłek chorobowy..... – rentę socjalną..... – rentę rodzinną..... – rentę szkoleniową..... – rentę z tytułu niezdolności do pracy..... – zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego..... – nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.....	– emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy przyznaną przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy..... – świadczenie rehabilitacyjne..... – świadczenie pielęgnacyjne..... – zasiłek/świadczenie przedemerytalne..... – zasiłek macierzyński.....
--	---
12. Pobieram naukę w szkole w systemie stacjonarnym.....
13. Odbynam **nieodpłatną** praktykę absolwencką.....
14. Odbynam **odpłatną** praktykę absolwencką.....
 - a) otrzymuję z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości.....
15. Współmałżonek pozostaje w rejestrze bezrobotnych lub poszukujących pracy.....
16. Jestem zarejestrowany(a) w **innym** urzędzie pracy jako osoba bezrobotna/poszukująca pracy.....

Oświadczenie dla celów ubezpieczenia zdrowotnego

Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) - **TAK/NIE***

Jestem uprawniony(a) do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia Sądu - **TAK/NIE***

Zostałem(am) poinformowany(a), że jako osoba uprawniona do świadczeń alimentacyjnych sam(a) dokonuję zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego z tego tytułu jak również sam(a) rozliczam i opłacam składkę z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego;

Jestem uprawniony(a) do pobierania renty rodzinnej - **TAK/NIE***

1) Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w PUP Bytom - TAK/NIE*

2) Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny w PUP Bytom - TAK/NIE*

Jeżeli TAK należy podać imię i nazwisko zgłaszanego członka rodziny, stopień pokrewieństwa, datę urodzenia, PESEL, miejsce zameldowania:

- a)
- b)
- c)
- d)

Zostałem(am) pouczoney(a), że w razie zgłaszania w PUP niepełnoletniego członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, informujemy, iż osoba taka podlega do ubezpieczeń zdrowotnych do ukończenia przez nią 18 lat, a jeżeli kształci się dalej do ukończenia 26 lat, o ile nie zajdą inne okoliczności powodujące utratę ubezpieczenia zdrowotnego; Zatem informujemy, że w terminie 7 dni od dnia ukończenia przez osobę zgłoszoną 18 roku życia należy dostarczyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki pod rygorem pozbawienia ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że zgłoszony członek rodziny posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi;

Przyjąłem(am) do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa moje ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenie zgłoszonych członków rodziny.

Osoba zarejestrowana jest zobowiązana powiadomić w terminie 7 dni Powiatowy Urząd Pracy o wszelkich zmianach danych zawartych w karcie rejestracyjnej. Zmiany należy zgłaszać w pokojach 3, 4, 6, tj. zgodnie z literą alfabety.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają: bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Podstawa prawna ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)

.....
data

.....
podpis osoby składającej oświadczenie