

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ŚWIADCZENIE
PIELĘGNACYJNE/ SPECJALNY ZASIŁEK OPIEKUŃCZY**

DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko:	
Imię pierwsze:	Imię drugie:
Nazwisko rodowe:	Stan cywilny:
PESEL:	
Seria i nr dowodu osobistego:	
Adres zameldowania:	
Adres zamieszkania:	

I. Ubezpieczenie zdrowotne (właściwe zaznaczyć):

☐

nie wnioskuję o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ jestem ubezpieczona/y jako członek rodziny osoby ubezpieczonej lub podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

☐

wnioskuję o ubezpieczenie zdrowotne.

Proszę o zgłoszenie ze mną następujących członków rodziny:

1. Imię i nazwisko:
- PESEL:
- stopień pokrewieństwa:
- adres zamieszkania:

Oświadczam, iż powyższy członek rodziny posiada/ nie posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

2. Imię i nazwisko:
- PESEL:
- stopień pokrewieństwa:
- adres zamieszkania:

Oświadczam, iż powyższy członek rodziny posiada/ nie posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

3. Imię i nazwisko:
PESEL:
stopień pokrewieństwa:
adres zamieszkania:

Oświadczam, iż powyższy członek rodziny posiada/ nie posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

4. Imię i nazwisko:
PESEL:
stopień pokrewieństwa:
adres zamieszkania:

Oświadczam, iż powyższy członek rodziny posiada/ nie posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

II. Ubezpieczenie społeczne (właściwe zaznaczyć):

☐

oświadczam, iż **podlegam** już obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu:

.....

☐

oświadczam, iż **nie podlegam** obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z innego tytułu.

Oświadczam, iż potwierdzam zgodność danych adresowych i identyfikacyjnych zawartych w oświadczeniu. Jestem świadoma/y, że dane te znajdują się w dokumencie zgłoszeniowym ZUS ZUA/ZZA. O wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mińsku Mazowieckim.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgodnie z art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266ze zm.) za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio:

1) świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych,

2) zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

- przez okres niezbędny do uzyskania okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) odpowiednio 20-letniego przez kobietę i 25-letniego przez mężczyznę.

Zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 ze zm.) przez okres pobierania świadczenia pielęgnacyjnego będzie opłacana składka na ubezpieczenia zdrowotne, o ile osoba uprawniona nie podlega ubezpieczeniu z innego tytułu. Wysokość składki określa art. 79 wyżej cytowanej ustawy. Podstawę wymiaru składki stanowi kwota świadczenia pielęgnacyjnego/ specjalnego zasiłku opiekuńczego/ zasiłku dla opiekuna.