

**Oświadczenie świadczeniobiorcy,
osoby uprawnionej do świadczenia pielęgnacyjnego
dla celów objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym**

.....
(imię i nazwisko osoby pobierającej świadczenie pielęgnacyjne)

.....
(PESEL)

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że (zaznaczyć właściwy kwadrat):

- podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu, a następujący członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu i proszę o objęcie ich ubezpieczeniem zdrowotnym:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Nr PESEL

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

.....
(data wpływu do MOPS, podpis pracownika)