Nazwisko ……………………………………………………………..…

Imię …………………………………………………………………..…..

Data ur. ………………………………………. Imię ojca ………………………………………………

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Dla celów ustalenia podlegania obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osoby zarejestrowanej jako bezrobotna przez Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie

**oświadczam, że:**

- Jestem /nie jestem\* właścicielem (współwłaścicielem) lub posiadaczem samoistnym lub zależnym

 nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych …………………………….. ha przeliczeniowych

 ( w przypadku współwłasności w częściach ułamkowych należy podać wielkość udziału oraz całkowitą

 powierzchnię przeliczeniową tej /lub poszczególnych nieruchomości),

- Spełniam warunki do objęcia ubezpieczeniem emerytalno-rentowym z mocy ustawy jako rolnik

 (współmałżonek rolnika) lub domownik w związku z art. 5, 7, 16 i 38 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r.
 o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2025 r., poz. 197)alboubezpieczenia

 wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego jako **pomocnik rolnika** **na podstawie umowy o**

 **pomocy przy zbiorach**, o której mowa w art. 91a w związku z art. 7 ust. 1a i 37 ust. 1a powołanej
 ustawy TAK/ NIE \* ,

- Pobieram rentę rodzinną TAK/NIE \*

Zostałam(em) poinformowany, iż z powodu powyższych okoliczności **nie zostałam(em) zgłoszony do** **ubezpieczenia zdrowotnego** ………………………… (wpisać TAK)\*\*

O wszelkich zmianach okoliczności w stosunku do danych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie (Filię w Bełżycach lub w Bychawie) w ciągu 7 dni od zaistnienia zmiany.

Osoba, która zgłosiła do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny jest obowiązana powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie (Filię w Bełżycach lub w Bychawie) o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od zaistnienia tych okoliczności. **W celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny lub kontynuacji ubezpieczenia dziecka, które ukończyło 18 rok życia jest konieczne przedłożenie zaświadczenia ze szkoły lub uczelni o pobieraniu nauki wraz z informacją o dacie planowanego zakończeniu nauki.**

…………………… …………………………………………….

 Data Podpis

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełniają osoby, które zaznaczyły (pozostawiły) powyżej co najmniej jedną odpowiedź TAK

**Podstawa prawna:** art. 66 ust. 1 pkt pkt 1b i ba, pkt 16 oraz pkt 24, art. 67, art. 72 ust. 1, art. 73 pkt 7, art. 75 ust. 9, art.76a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej* *finansowanych* *ze środków publicznych* ( Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).