



Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) okres, w którym nie podlegałam/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące/  
wynosi ..... miesiące\*\*\*\*.

Deklaruję miesięczny dochód w kwocie .....zł,

słownie:.....

.....zł

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przez mnie członek rodziny:

- 1) nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) jest uprawniony do zgłoszenia z tytułu:
  - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej\*\*\*\*,
    - do ukończenia 18 lat\*\*\*\*,
    - do ukończenia 26 lat (z tytułu kształcenia)\*\*\*\*,
    - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi\*\*\*\*
  - b) małżonek\*\*\*\*,
  - c) krewny wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym\*\*\*\*.

*Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.*

*Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8, są przetwarzane w celach wynikających z art. 188z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.*

.....  
*miejscowość, data*

.....  
*podpis*