



Oświadczam, że:

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

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

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze 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. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), 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.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis

\*\*\* w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny  
\*\*\*\* niepotrzebne skreślić