

UZUPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI!!!!!!!!!!!!

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a świadomy/a i pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8” oświadczam, co następuje:

Imię (IMIONA) i Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Data i miejsce urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--

dzień miesiąc rok

Dokument tożsamości:

.....

(rodzaj)

.....

(seria/numer)

Stan cywilny:

1. Żonaty/mężatka
2. Rozwiedziony/rozwiedziona
3. Kawaler/panna
4. Wdowiec/wdowa
5. W separacji

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT TYMCZASOWY obowiązujący do dnia

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)

ADRES DO KORESPONDENCJI:

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)

NUMER TELEFONU:

	Nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej.
	Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej – z wyłączeniem zasiłku stałego - w okresie od do nazwa świadczenia

UWAGA! W przypadku braku dokumentów potwierdzających korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej zobowiązuje się je donieść przy najbliższej wizycie u doradcy klienta.

Małżonek jest/nie jest* zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy:

(imię i nazwisko, data urodzenia małżonka zarejestrowanego w PUP)

Posiadam na utrzymaniu dziecko/dzieci – imię i nazwisko dziecka i data urodzenia:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Posiadam co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia: TAK / NIE*

UWAGA! Podane informacje o członkach rodziny nie są jednoznaczne ze zgłoszeniem ich do ubezpieczenia zdrowotnego.

Wykształcenie i kwalifikacje

	PODSTAWOWE
	GIMNAZJALNE
	ZASADNICZE ZAWODOWE
	ŚREDNIE
	POLICEALNE/POMATURALNE
	WYŻSZE

Zawód wyuczony:

.....
.....

Inne kwalifikacje:

.....
.....
.....

UWAGA! W przypadku braku dokumentów potwierdzających poziom wykształcenia i posiadanych kwalifikacji zobowiązuję się je donieść przy najbliższej wizycie u doradcy klienta.

Oświadczenie NFZ

	Nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu i proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ – oddział w Łodzi
	Podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu..... (podać tytuł)

Oświadczam, że zostałem pouczone/a o obowiązku niezwłocznego informowania urzędu o każdej zmianie mającej wpływ na powstanie lub ustanie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego oraz o obowiązku zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie podlegają temu ubezpieczeniu z innego tytułu.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: Kto nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia, podlega karze grzywny na podstawie art. 193 w trybie art. 195 w/w ustawy.

Zostałem poinformowany/a i jestem świadomy/a, iż:

- zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego w każdym stadium postępowania organ administracji publicznej obowiązany jest umożliwić stronie wypowiedzenie się przed wydaniem decyzji, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań;
- zgodnie z art.73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego jako strona postępowania mam prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów i prawo to przysługuje mi również po zakończeniu postępowania;
- zgodnie z art 41 Kodeksu postępowania administracyjnego jako strona postępowania administracyjnego mam obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu, w razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

.....
(data i podpis pracownika PUP)

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

* niepotrzebne skreślić