

**PRZECZYTAJ POUCZENIE (na końcu). Znajdziesz tam ważne informacje.**

## OŚWIADCZENIE

**osoby sprawującej osobistą opiekę nad dzieckiem o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wniosek o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

/wypełnia ubezpieczony/

**Do oświadczenia załączam (oryginały):**

01. Skrócony odpis aktu urodzenia: ☐

02. Orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności: ☐

**NIE ZAPOMNIJ DOŁĄCZYĆ DO OŚWIADCZENIA!**

Możesz zatrzymać oryginały, ZUS zachowa wtedy kopie odznaczając, że zapoznał się z oryginałami

### I. DANE UBEZPIECZONEGO:

01. PESEL:

02. Nazwisko:

03. Imię pierwsze:

04. Data urodzenia:

**WYPEŁNIJ SWOIMI DANYMI!  
UPEWNI SIĘ CZY WPISAŁEŚ  
POPRAWNIE IMIĘ, NAZWISKO I PESEL**

**WYPEŁNIJ WYŁĄCZNIE JEŚLI NIE  
NADANO CI NUMERU PESEL.**

05. Rodzaj dokumentu: jeżeli dowód osobisty – wpisać 1, jeżeli paszport – 2

06. Seria i numer dokumentu tożsamości:

07. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa lub kod):

.....

08. Miejsce zamieszkania:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina/Dzielnica:

Ulica:

**WPISZ NAZWĘ LUB – JEŚLI  
PAMIĘTASZ – KOD ODDZIAŁU  
NFZ**

**WYPEŁNIJ  
SWOIMI  
DANYMI  
ADRESOWYMI**

## ZAZNACZ X „TAK” ALBO „NIE”

**IV. WNOSZĘ O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
WYMIENIONYCH CZŁONKÓW RODZINY:**

**A.1. DANE CZŁONKA RODZINY – 1**

01. PESEL:

02. Rodzaj dokumentu: jeżeli dowód osobisty – wpisać 1, jeżeli paszport – 2

03. Seria i numer dokumentu tożsamości:

04. Nazwisko:

05. Imię pierwsze:

06. Data urodzenia:   -   -

07. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa:

08. Znaczny stopień niepełnosprawności:

09. Pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym:

10. Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego:   -   -

**STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA/  
POWINOWACTWA - WPISZ**

np. małżonek, dziecko własne, przysposobione lub  
dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla  
którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w  
ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec,  
macocha, ojczym, babka, dziadek, itd.

11. w przypadku zgłaszania dziecka po 18, a przed 26 rokiem życia.

Czy dziecko kształci się:

**NIE WYPEŁNIAJ JEŻELI  
ZGŁASZASZ DZIECKO  
MAJĄCE MNIE NIŻ 18  
LAT LUB INNEGO  
CZŁONKA RODZINY**

TAK  NIE

12. W przypadku zgłaszania wnuka:

Czy którykolwiek z rodziców:

**NIE WYPEŁNIAJ JEŻELI  
ZGŁASZASZ INNEGO  
CZŁONKA RODZINY NIŻ  
WNUKA.**

**WYPEŁNIJ WYŁĄCZNIE JEŚLI  
NIE NADANO CZŁONKOWI  
RODZINY NUMERU PESEL**

**JEŚLI WNOSISZ O  
ZGŁOSZENIE CZŁONKA  
RODZINY PODAJ JEGO DANE!**

**ZAZNACZ X JEŻELI** członek rodziny  
posiada znaczny stopień  
niepełnosprawności.  
**ZAZNACZ X JEŻELI** zgłaszasz ojca,  
matkę, dziadka, babcię i pozostaje ona/on  
we wspólnym gospodarstwie domowym.

Podaj datę uzyskania uprawnień do  
ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny.  
**Pamiętaj, że** nie może być wcześniejsza niż  
wskazany dzień rozpoczęcia przez Ciebie  
opieki.

a) podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu obowiązkowo lub dobrowolnie ☐ TAK ☐ NIE

b) jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek

☐ TAK ☐ NIE

A.2. ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 1 (jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania):

01. Kod pocztowy:   -

02. Miejscowość:

03. Gmina/Dzielnica:

04. Ulica:

04. Numer domu:

05. Numer lokalu:

06. Numer telefonu:

**WYPEŁNIJ DANymi  
ADRESOWYMI  
CZŁONKA RODZINY  
JEŚLI MA INNY NIŻ TY  
ADRES  
ZAMIESZKANIA**

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zakład w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych zmian (art. 36 ust. 16 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(Podpis)

**WYPEŁNIJ I PODPISZ!**

## POUCZENIE

1. Osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem składa oświadczenie o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz zobowiązana jest przedłożyć Zakładowi:
  - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
  - orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, w przypadku posiadania przez dziecko takiego orzeczenia.
2. O wszelkich zmianach w stosunku do danych wykazanych w oświadczeniu osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem zobowiązana zawiadomić Zakład w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych zmian.
3. Dokumenty zgłoszeniowe do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz dokumenty rozliczeniowe za osoby sprawujące osobistą opiekę nad dzieckiem sporządza ZUS.
4. Obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby sprawujące osobistą opiekę nad dzieckiem, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są:
  - 1) osobami, które prowadziły pozarolniczą działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy i zaprzestały jej prowadzenie albo zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.);
  - 2) osobami, które prowadziły inną niż określona w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej pozarolniczą działalność, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez okres co najmniej 6 miesięcy i które zaprzestały jej prowadzenia;
  - 3) zleceniobiorcami, którzy wykonywali pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy i którzy zaprzestali jej wykonywania;
  - 4) osobami współpracującymi z osobami, o których mowa w ppkt 1–3, a które przez okres co najmniej 6 miesięcy współpracowały przy prowadzeniu działalności albo przy umowie, i które zaprzestały tej współpracy;
  - 5) osobami duchownymi, podlegającymi z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym przez okres co najmniej 6 miesięcy.Warunkiem objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi jest nie podleganie tym ubezpieczeniom z innego tytułu oraz brak ustalonego prawa do emerytury lub renty.
5. Prawo do objęcia obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi przysługuje jednemu z rodziców, pod warunkiem że drugi rodzic nie jest objęty ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułów, o których mowa w pkt 4 ppkt 1)-5), z tytułu przebywania na urlopie wychowawczym, pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego albo wyłącznie ubezpieczeniem emerytalnym z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Prawo do finansowania składek z budżetu państwa, jeżeli jedno z rodziców przebywa na urlopie wychowawczym, a drugie jednocześnie spełnia powyższe warunki określone w pkt 4 ppkt 1)-5), przysługuje osobie przebywającej na urlopie wychowawczym.
6. Obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby objęte obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, pod warunkiem że nie podlegają temu obowiązkowi z innego tytułu. Osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu może dokonać zgłoszenia członków rodziny.
7. Oświadczenie może być złożone osobiście w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS lub w formie przesyłki pocztowej.
8. Szczegółowe zasady podlegania ubezpieczeniom osób sprawujących osobistą opiekę nad dzieckiem dostępne są na stronie internetowej ZUS [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Informacje można też uzyskać w każdej terenowej jednostce organizacyjnej ZUS i pod numerami infolinii: 801 400 987 z telefonów stacjonarnych lub (22) 560 16 00 z telefonów stacjonarnych i komórkowych.

Podstawa prawna:

- 1) art. 6a oraz art. 36 ust. 2b, ust. 15 i ust. 16 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1442),
- 2) art. 66 ust. 1 pkt 32a oraz art. 67 ust. 2-3 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.).