

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

ZMIANA OŚWIADCZENIA

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

/wypełnia ubezpieczony/

**UWAGA! PODAJ DANE IDENTYFIKACYJNE WYPEŁNIAJĄC POLA I. 01.,
02. 03. (EWENTUALNIE 05, 06) ORAZ TE POLA, KTÓRE ULEGŁY
ZMIANIE***

Do oświadczenia załączam (oryginały):

01. Skrócony odpis aktu urodzenia: ☐

02. Orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności: ☐

**NIE ZAPOMNIJ DOŁĄCZYĆ DO
OŚWIADCZENIA, JEŻELI
ZMIENIASZ/PROSTUJESZ DANE POCHODZĄCE
Z TYCH DOKUMENTÓW!**

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 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: -

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

**WYPEŁNIJ JEŚLI
ZMIENIŁEŚ ADRES**

Miejscowość:

Gmina/Dzielnica:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Numer telefonu:

09. Informacja o ostatnim okresie ubezpieczenia:

Okres (od... do...):

z tytułu:

**PODAJ OSTATNI OKRES I TYTUŁ DO UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH, JEŻELI ULEGŁ ON ZMIANIE!**

II. DANE DZIECKA:

01. Nazwisko:

02. Imię pierwsze:

03. Data urodzenia:

**WYPEŁNIJ JEŻELI DANE
DZIECKA ULEGŁY ZMIANIE**

**WYPEŁNIJ JEŻELI DANE W TYM ZAKRESIE ULEGŁY ZMIANIE.
NP. WNOSISZ O KOLEJNY OKRES UBEZPIECZEŃ Z TYTUŁU SPRAWOWANIA
OSOBISTEJ OPIEKI NAD DZIECKIEM.
PAMIĘTAJ, ŻE DATA NIE MOŻE BYĆ WCZEŚNIEJSZA NIŻ 1.09.2013 R.**

III. POZOSTAŁE DANE:

01. Dzień rozpoczęcia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem:

02. Dzień zakończenia sprawowania osobistej opieki na dzieckiem:

a) osoba przebywająca na urlopie wychowawczym/pobierająca zasiłek macierzyński/zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego ☐ TAK ☐ NIE

☐ TAK ☐ NIE

☐ TAK ☐ NIE

**ZAZNACZ X „TAK” ALBO „NIE”
JEŚLI TE DANE ULEGŁY ZMIANIE**

A.1. DANE CZŁONKA RODZINY – 1

[illegible]

WYPEŁNIJ WYŁĄCZNIE JEŚLI
NIE NADANO CZŁONKOWI
RODZINY NUMERU PESEŁ

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

[illegible]

04. Nazwisko:

05. Imię pierwsze:

**WYPEŁNIJ DANE CZŁONKA
RODZINY, KTÓREGO ZMIANA
DOTYCZY!**

06. Data urodzenia: - -

07. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

WYPEŁNIJ JEŚLI ZMIENIASZ:
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.

08. Znaczny stopień niepełnosprawności: ☐

09. Pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym:

10. Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego: --

11. Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego: - -

Np. członek rodziny nabył inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, dziecko po ukończeniu 18 roku życia zaprzestało kształcenia się.

Podaj datę uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny jeżeli uległa ona zmianie.

Czy dziecko kształci się:

☐ TAK ☐ NIE

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

Czy którykolwiek z rodziców:

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

01. Kod pocztowy: -

02. Miejscowość:

03. Gmina/Dzielnica:

04. Ulica:

04. Numer domu:

[illegible]

06. Numer telefonu:

**WYPEŁNIJ DANymi ADRESOWymi
CZŁONKA RODZINY JEŚLI ULEGŁY
ZMIANIE JEGO ADRES I MA INNY ADRES
NIŻ TY ZAMIESZKANIA**

4

PESEL:

Nazwisko:

Imię pierwsze:

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

Seria i numer dokumentu tożsamości:

**WYPEŁNIJ TYLKO WTEDY, GDY
ZMIENIŁY SIĘ TWOJE DANE
IDENTYFIKACYJNE. WSTAW
POPZEDNIE DANE**

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 zaprzęstały 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. 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.).