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: ☐

I. DANE UBEZPIECZONEGO:

01. PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

02. Nazwisko:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

03. Imię pierwsze: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

04. Data urodzenia: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

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:

Numer domu:

Numer lokalu:

Numer telefonu:

09. Informacja o ostatnim okresie ubezpieczenia:

Okres (od… do…): ……..……..

z tytułu: …….

II. DANE DZIECKA:

01. Nazwisko:

02. Imię pierwsze:

03. Data urodzenia: - -

III. POZOSTAŁE DANE:

01. Dzień rozpoczęcia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem: - -

02. Dzień zakończenia sprawowania osobistej opieki na dzieckiem: - -

03. Czy drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako:

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

b) osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem ☐ TAK ☐ 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: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

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

Czy dziecko kształci się: ☐ TAK ☐ NIE

12. W przypadku zgłaszania 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

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

02. Kod pocztowy: ☐☐-☐☐☐

03. Miejscowość:

04. Gmina/Dzielnica:

04. Ulica:

05. Numer domu:

06. Numer lokalu:

07. Numer telefonu:

B.1. DANE CZŁONKA RODZINY – 2

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: - -

11. W przypadku zgłaszania dziecka po 18 a przed 26 rokiem życia:

Czy dziecko kształci się: ☐ TAK ☐ NIE

12. W przypadku zgłaszania 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

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

01.Kod pocztowy: ☐☐-☐☐☐

02. Miejscowość:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

03. Gmina/Dzielnica:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

04. Ulica:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

05. Numer domu: ☐☐☐☐☐☐☐

06. Numer lokalu: ☐☐☐☐☐☐☐

07. Numer telefonu: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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)*

POUCZENIE

1. Osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem składa oświadczenie o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz zobowiązana jest przedłożyć Zakładowi oryginały:
   - skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka,
   - orzeczenia 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.
5. Warunkiem objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi jest:
   1) nie podleganie tym ubezpieczeniom z innego tytułu oraz brak ustalonego prawa do emerytury lub renty,
   2) podleganie co najmniej przez 6 miesięcy przed dniem sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułów wymienionych w pkt 4,
   3) złożenie oświadczenia o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w terminie 7 dni od ustania poprzedniego tytułu,
   4) w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność, osób z nimi współpracujących oraz duchownych będących płatnikami składek - opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za minimum 6 miesięcy podlegania tym ubezpieczeniom i nie posiadanie zadłużenia w opłacaniu składek na dzień wskazany w oświadczeniu jako dzień rozpoczęcia sprawowania opieki (nie wcześniejszy niż dzień złożenia oświadczenia),
   5) opłacenie przez osoby, o których mowa w pkt 5.4, należnych składek za ostatni(e) miesiąc(e) rozliczeniowy(e) 6. miesięcznego okresu (w przypadku, gdy termin jej (ich) opłacenia przypada po dniu objęcia ubezpieczeniami z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem) Nie opłacenie składek za ten miesiąc (miesiące) spowoduje wyłączenie z ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i zdrowotnego i objęcie wyłącznie ubezpieczeniem emerytalnym.

6. 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.

7. 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.
8. Oświadczenie może być złożone osobiście w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS lub w formie przesyłki pocztowej.
9. 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. 4, ust. 15 i ust. 16 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.),
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.).