

**OŚWIADCZENIE**       **ZMIANA OŚWIADCZENIA**  
**OSOBY SPRAWUJĄCEJ OSOBISTĄ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM**  
**O ZAMIARZE PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM EMERYTALNEMU I RENTOWYM ORAZ**  
**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Instrukcja wypełniania**

W przypadku zmiany oświadczenia wypełnij swoje dane i pola, które zmieniasz.  
Jeśli zmieniasz dane identyfikacyjne podaj również poprzednie dane.

Oświadczenie złoż osobście w naszej placówce lub listownie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres zamieszkania**
5. Wypełnij obowiązkowo pola oznaczone gwiazdką \*
6. Zanim wypełnisz oświadczenie, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

**Dane wnioskodawcy**

PESEL*	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																												
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																																													
	Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu																																												
Imię*																																													
Nazwisko*																																													
Data urodzenia*	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">dd</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mm</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">rrrr</td> <td colspan="16"></td> </tr> </table>																								dd	/	mm	/	rrrr																
dd	/	mm	/	rrrr																																									
Ulica*																																													
Numer domu*		Numer lokalu																																											
Kod pocztowy*		Miejscowość*																																											
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa lub kod)*																																													

**Poprzednie dane wnioskodawcy**

Podaj tylko wtedy gdy zmieniasz swoje dane identyfikacyjne

PESEL	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																							
	Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu																						
Imię																							
Nazwisko																							

## Dane dziecka

Imię\*

Nazwisko\*

Data urodzenia\*    /     /      
dd / mm / rrrr

## Informacje

Informacja o ostatnim okresie ubezpieczenia\*   
Podaj okres od-do

Ubezpieczenie z tytułu\*   
Podaj tytuł ubezpieczenia

Dzień rozpoczęcia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem\*     /     /      
dd / mm / rrrr

Dzień zakończenia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem\*     /     /      
dd / mm / rrrr

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która przebywa na urlopie wychowawczym/ pobierająca zasiłek macierzyński/ zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego\*

TAK  NIE

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która sprawuje osobistą opiekę nad dzieckiem\*

TAK  NIE

## Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

PESEL\*

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
Jeśli członek rodziny nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię\*

Nazwisko\*

Data urodzenia\*     /     /      
dd / mm / rrrr

Poniższe pola wypełnij, jeśli adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż Twój adres

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa\*

Dziecko ma ustalony znaczny stopień niepełnosprawności

 TAK  NIE

Członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

 TAK  NIE

Data, w której członek rodziny uzyskał uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego\*

dd		/		mm		/		rrrr	

Dziecko kształci się (wypełnij, jeśli zgłaszasz dziecko w wieku 18–26 lat)

 TAK  NIE

Jeśli zgłaszasz wnuka, zaznacz poniższe pola:

Którykolwiek z rodziców podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu obowiązkowo lub dobrowolnie

 TAK  NIE

Którykolwiek z rodziców 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

## Załączniki

Załączam oryginał:  skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka\*

orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności

## Oświadczenie

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

Data

dd		/		mm		/		rrrr	

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>

# INFORMACJA

## Do oświadczenia osoby sprawującej osobistą opiekę nad dzieckiem o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wniosku o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

1. Jeśli chcesz być objęty ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, oprócz Oświadczenia o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wniosku o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego przekaz Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (ZUS):
  - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
  - orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, jeśli dziecko posiada takie orzeczenie.
2. Pamiętaj, abyś o każdej zmianie w stosunku do danych wykazanych w Oświadczeniu zawiadomił ZUS w terminie 7 dni.
3. Na podstawie przekazanego Oświadczenia ZUS zgłosi Cię do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz ubezpieczenia zdrowotnego i będzie sporządzał za Ciebie dokumenty rozliczeniowe.
4. Zostaniesz objęty ubezpieczeniami od daty wskazanej w Oświadczeniu, nie wcześniej jednak niż od daty złożenia tego Oświadczenia.
5. Warunkiem objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi jest to, że:
  - a) nie jesteś objęty tymi ubezpieczeniami z innego tytułu oraz nie masz ustalonego prawa do emerytury lub renty,
  - b) byłeś objęty co najmniej przez 6 miesięcy przed dniem złożenia Oświadczenia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu:
    - prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej,
    - prowadzenia innej pozarolniczej działalności,
    - wykonywania umowy zlecenia, umowy agencyjnej albo innej umowy o świadczenie usług,
    - współpracy z osobami, które prowadzą działalność lub wykonują umowę zlecenia, a od 30 kwietnia 2018 r. także z osobami korzystającymi z „ulgi na start”,
    - bycia osobą duchowną,
  - c) płatnik opłacał składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za minimum 6 miesięcy podlegania tym ubezpieczeniom i nie posiada zadłużenia w opłaceniu składek na dzień wskazany w oświadczeniu jako dzień rozpoczęcia sprawowania opieki – dotyczy osób prowadzących pozarolniczą działalność, osób współpracujących oraz duchownych będących płatnikami składek,  
**WAŻNE!** Warunkiem jest też, że płatnik opłacił należne składki 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). Jeżeli płatnik nie opłacił składek za ten miesiąc (miesiące), wyłączymy Cię z ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i zdrowotnego i obejmiemy wyłącznie ubezpieczeniem emerytalnym,
  - d) złożyłeś oświadczenia o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w terminie 7 dni od ustania poprzedniego tytułu,
  - e) **drugi rodzic** nie jest objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu:
    - przebywania na urlopie wychowawczym,
    - pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
    - sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem,**WAŻNE!** Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku osób samotnie wychowujących dziecko, np. rozwiedzionych małżonków,
  - f) opiekę nad dzieckiem sprawujesz na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

6. Jeżeli zostaniesz objęty ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi obowiązkowe jest dla Ciebie także ubezpieczenie zdrowotne. Możesz też zgłosić do tego ubezpieczenia członków swojej rodziny.  
**WAŻNE!** Nie zostaniesz objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem jeżeli masz inny tytuł do tego ubezpieczenia.
7. Osobistą opiekę nad dzieckiem możesz sprawować przez okres do 3 lat, nie dłużej jednak niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6 rok życia, a w przypadku dziecka, które posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności – przez okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia. Prawo do objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi przez 3 bądź 6 lat przysługuje odrębnie na każde dziecko.
8. Prawo do objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem możesz wykorzystać w pięciu częściach, przy czym warunki niezbędne do objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi musisz spełniać tylko, gdy złożysz pierwsze Oświadczenie.

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 placówce ZUS i pod numerem infolinii: (22) 560 16 00 z telefonów stacjonarnych i komórkowych.

## Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).