

**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**

<b>Data i miejsce urodzenia:</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	dzień    miesiąc    rok    .....										

<b>Dokument tożsamości:</b> ..... (rodzaj) ..... (seria/numer)	<b>Stan cywilny:</b> 1. Żonaty/mężatka 2. Rozwiedziony/rozwiedziona 3. Kawaler/panna 4. Wdowiec/wdowa 5. W separacji
--	---

<p align="center"><b>ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:</b></p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p align="center">..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)</p> <p><b>ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT TYMCZASOWY obowiązujący do dnia .....</b></p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p align="center">..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)</p> <p align="center"><b>ADRES DO KORESPONDENCJI:</b></p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p align="center">..... (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)</p>			-							-							-				
		-																			
		-																			
		-																			

<b>NUMER TELEFONU:</b>
------------------------

<input type="checkbox"/>	Nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej.
<input type="checkbox"/>	Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej – <b>z wyłączeniem zasiłku stałego</b> - 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)

**W dniu ..... zapoznałem/łam się z aktami sprawy, nie wnoszę uwag i innych dokumentów.**

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

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

\* niepotrzebne skreślić