

Uwaga: Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, na maszynie lub odręcznie pismem trwałym, zgodnie z opisem pól zawartym w OBJAŚNIENIACH

I. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ										
1.1 Nazwisko			1.2 Imię (imiona)				1.3 Nazwisko rodowe			
1.4 Data urodzenia (dd /mm/ rrrr)			1.5 Obywatelstwo			1.6 PESEL / inny nr identyfikacyjny				
1.7 <input type="checkbox"/> Oświadczam, że posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem :										
1.8 <input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie posiadam w Polsce miejsca zamieszkania. Adres miejsca zamieszkania za granicą:										
Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy		Telefon kontaktowy			
Ulica				Nr domu		Nr lokalu				
II. PROSZĘ O ZAREJESTROWANIE UPRAWNIONYCH CZŁONKÓW RODZINY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										
1.	Nazwisko			Imię (imiona)			Data urodzenia (dd, mm, rrrr)			
	PESEL / inny nr identyfikacyjny:									
	Adres zamieszkania w Polsce:			Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr						
	Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica			Nr domu		Nr lokalu	
	Stopień pokrewieństwa			Kontynuacja nauki			Niepełnosprawność			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> TAK			
2.	Nazwisko			Imię (imiona)			Data urodzenia (dd, mm, rrrr)			
	PESEL / inny nr identyfikacyjny:									
	Adres zamieszkania w Polsce:			Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr						
	Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica			Nr domu		Nr lokalu	
	Stopień pokrewieństwa			Kontynuacja nauki			Niepełnosprawność			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> TAK			
3.	Nazwisko			Imię (imiona)			Data urodzenia (dd, mm, rrrr)			
	PESEL / inny nr identyfikacyjny:									
	Adres zamieszkania w Polsce:			Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr						
	Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica			Nr domu		Nr lokalu	
	Stopień pokrewieństwa			Kontynuacja nauki			Niepełnosprawność			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> TAK			
III. SPOSÓB ODBIORU POŚWIADCZENIA										
<input type="checkbox"/> osobiście	 / / (data i podpis osoby upoważnionej)								
<input type="checkbox"/> przez osobę upoważnioną	 (data i podpis osoby upoważnionej)								
<input type="checkbox"/> pocztą na adres	 (adres)								

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a o obowiązku przekazywania Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacji, dokumentów lub dowodów potwierdzających, niezbędnych dla ustalenia sytuacji ubezpieczeniowej mojej lub członków mojej rodziny

.....
Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

.....
Czytelny podpis

UWAGA! Oświadczenie, w którym nie zostanie wpisana data wypełnienia oraz bez podpisu nie będą rozpatrywane!

OBJAŚNIENIA:

Punkt I Dane osoby uprawnionej

Osobą uprawnioną jest osoba, która posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA (jest ubezpieczona w innym niż Polska państwie UE/EFTA).

Należy wpisać:

- nazwisko, imię, nazwisko rodowe, datę urodzenia, oraz obywatelstwo osoby uprawnionej,
- numer PESEL osoby uprawnionej, jeżeli został nadany, a w przypadku, gdy nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego, paszportu, albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- adres zamieszkania osoby uprawnionej.

UWAGA! Miejszem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (art. 25 Kodeksu Cywilnego; Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.). Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania (art. 28 Kodeksu Cywilnego). Miejszem zamieszkania jest miejscowość, w której osoba fizyczna ma ośrodek swoich interesów życiowych, majątkowych i osobistych.

Punkt 1.7 zaznacza osoba uprawniona, która zamieszkuje w Polsce

Punkt 1.8 zaznacza osoba uprawniona, która nie zamieszkuje w Polsce. Punkt ten należy zaznaczyć, jeżeli dokument S1 lub formularz E109 został wydany członkowi rodziny zamieszkałemu w Polsce, podczas gdy osoba uprawniona zamieszkuje w innym niż Polska państwie UE/EFTA.

Należy wpisać adres zamieszkania osoby uprawnionej.

Punkt II Dane członków rodziny

Jeżeli w polu II. **PROSZĘ O ZAREJESTROWANIE UPRAWNIONYCH CZŁONKÓW RODZINY** zaznaczono opcję

NIE punktu II.1 – II.3 nie wypełnia się.

UWAGA!

W pkt. II.1 do II.4 należy wpisać dane członków rodziny, którzy zamieszkują w Polsce i w okresie ważności rejestrowanego formularza albo dokumentu S1 nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z własnego tytułu, w szczególności z tytułu wykonywania pracy najemnej, działalności na własny rachunek, posiadania statusu osoby bezrobotnej, pobierania emerytury lub renty w tym renty rodzinnej.

Rejestracji, jako członek rodziny osoby uprawnionej, podlegają osoby, o których mowa w art. 5 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.). Członkiem rodziny może być:

1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
 - do ukończenia 18 lat,
 - do ukończenia 26 lat, jeżeli po ukończeniu 18 roku życia kształci się dalej,
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
2. małżonek,
3. krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym.

Należy wpisać następujące dane członka rodziny zgłaszanego do rejestracji:

- nazwisko, imię, datę urodzenia, numer PESEL członka rodziny, jeżeli został nadany, a w przypadku, gdy nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego, paszportu, albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- adres zamieszkania członka rodziny, jeżeli adres zamieszkania członka rodziny jest różny od adresu zamieszkania osoby uprawnionej wskazanego w pkt. I.

Należy wskazać datę, od której członek rodziny zamieszkuje w Polsce.

W polu STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA należy wskazać:

- 1 – jeżeli zgłaszanym do rejestracji członkiem rodziny jest **małżonek**,
- 2 – jeżeli zgłaszanym do rejestracji członkiem rodziny jest **dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej**,
- 3 – jeżeli zgłaszanym do rejestracji członkiem rodziny jest **wnuk**,
- 4 – jeżeli zgłaszanym do rejestracji członkiem rodziny jest **krewny wstępny** pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym. **UWAGA!** W przypadku zgłoszenia do zarejestrowania członków rodziny będących krewnymi wstępnymi (rodzice, dziadkowie) należy złożyć oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym

Pole KONTYNUACJA NAUKI dotyczy **dziecka powyżej 18 roku życia, które kontynuuje kształcenie**. Należy wskazać TAK jeżeli dziecko kontynuuje naukę. W takim przypadku należy przy niniejszym Oświadczeniu przedłożyć dokument potwierdzający naukę w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie.

Pole NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ dotyczy **dziecka niepełnosprawnego powyżej 18 roku życia**. W takim przypadku należy wskazać TAK oraz przy niniejszym Oświadczeniu przedłożyć orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi.

Punkt III

Należy wskazać preferowany sposób odbioru Poświadczenia. Podpis w polu „OSOBIŚCIE” składa się przy odbiorze Poświadczenia