OŚWIADCZENIE

OSOBY BEZROBOTNEJ DLA CELÓWUSTALENIA UPRAWNIEŃ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania oświadczam, ze nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu :

* pobierania renty rodzinnej,
* z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniach społecznych rolników, jako rolnik lub domownik.

………………………………….. ………………………………………………

Podpis i pieczęć pracownika PUP Data, imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Wnioskuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

* .................................................... stopień pokrewieństwa ....................................... nr PESEL ................................
* .................................................... stopień pokrewieństwa ....................................... nr PESEL ................................
* .................................................... stopień pokrewieństwa ....................................... nr PESEL ................................
* .................................................... stopień pokrewieństwa ....................................... nr PESEL ................................
* .................................................... stopień pokrewieństwa ....................................... nr PESEL ................................
* .................................................... stopień pokrewieństwa ....................................... nr PESEL ................................

Zobowiązuję się do powiadomienia PUP w Poznaniu o nabyciu przez współmałżonka lub członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie osób.

......................................................................... ................................................

Data, imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie Podpis i pieczęć pracownika

Nazwisko ................................................................................................................................................................................

Imiona 1. ........................................................................ 2. .....................................................................................

Imię ojca ........................................................................ Imię matki .................................................................................

Miejsce urodzenia .......................................................... Data .......................... ........................... .............................

 (dzień) (miesiąc) (rok)

Nr PESEL ..................................................................................................................

Miejsce zamieszkania\*

Gmina / Dzielnica ..................................................................................................................................................................

Ulica ................................................................................................. Nr domu ...................... Nr mieszkania ....................

Kod pocztowy ........ – .................... Miejscowość ................................................................................................................

OŚWIADCZENIE

dla celów obliczania miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych

art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych

Niniejszym wskazuję płatnika: POWIATOWY URZĄD PRACY

w Poznaniu

ul. Czarnieckiego 9

61 – 538 Poznań

jako:

1. właściwego do stosowania zmniejszenia miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy o kwotę określoną w art. 32

 ust. 3 ustawy, gdyż:\*\*

1. Nie otrzymuję emerytury lub renty, w tym również renty rodzinnej na rzecz małoletnich dzieci.
2. Nie osiągam dochodów z tytułu członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną.
3. Nie otrzymuję zasiłku od organu zatrudnienia.
4. Nie osiągam dochodów od których jestem zobowiązany(a) opłacać zaliczki na podstawie art. 44 ustawy tj.:
* z działalności gospodarczej,
* osobiście wykonywanej działalności w zakresie wolnych zawodów,
* osobiście wykonywanej działalności artystycznej, literackiej, naukowej, trenerskiej, oświatowej

i publicystycznej w tym z tytułu udziału w konkursach z dziedziny nauki, kultury i sztuki oraz dziennikarstwa, jak również z uprawiania sportu, których przychody są wypłacane przez osoby fizyczne nie będące podmiotami gospodarczymi,

* z najmu lub dzierżawy,
* z emerytur i rent z zagranicy,
* ze stosunku pracy z zagranicy
1. właściwego do odliczania kosztów uzyskania przychodów, gdyż koszty te nie są odliczane przez inny zakład pracy.

Pouczenie:

Pracownik jest obowiązany zawiadomić zakład pracy o zmianach stosunku pracy do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia przed wypłatą wynagrodzeń za miesiąc, w którym zaszła zmiana (art. 32 ust. 4 ustawy).

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym.

Odpowiedzialność karna skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

...............................................................................

 Data Podpis

(\*) Jest to miejsce stałego lub czasowego zameldowania – nie krótszego niż 2 m-ce zameldowania.

 W przypadku osób nie posiadających stałego lub czasowego zameldowania w Polsce należy wpisać miejsce pobytu w Polsce.

(\*\*) Niepotrzebne skreślić.