NFZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE REJESTRACJI OSOBY UPRAWNIONEJ LUB CZŁONKÓW RODZINY OSOBY UPRAWNIONEJ**

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 ☐ Oświadczam, że posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem :
1.8 ☐ 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 ☐ TAK ☐ 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
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ TAK	☐ 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
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ TAK	☐ 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
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ TAK	☐ TAK

III. SPOSÓB ODBIORU POŚWIADCZENIA

☐ **osobiście**	…… / …… / …… ……(data i podpis osoby upoważnionej)
☐ **przez osobę upoważnioną**	…….. ……(data i podpis osoby upoważnionej)
☐ **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! Miejscem 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). Miejscem 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 – II3 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**. **N**ależy 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