Poniżej załączono oświadczenie o ubezpieczeniu, proszę o wypełnienie i dołączenie odpowiedniego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej:

* legitymacja ubezpieczeniowa (kserokopia),
* zgłoszenie do ubezpieczenie (kopia druku ZCNA, zaświadczenie z zakładu pracy),
* zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status bezrobotnego i prawo do świadczeń zdrowotnych dla członków rodziny,
* inny dokument uprawniający do świadczeń zdrowotnych

Niedosłanie oświadczenia w terminie 14 dni może spowodować obciążenie kosztami leczenia syna, jeżeli wystąpi taka konieczność.

………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

…………………………………….

…………………………………….

          (adres  zamieszkania)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że mój syn/podopieczny\*………………………………………………………..

ur. ……………………, zam. …………………………………………………………………..

**1. Jest ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia z tytułu:**

* stosunku pracy  (w załączeniu wymagana kserokopia zaświadczenia z zakładu pracy)
* renty lub emerytury (w załączeniu wymagana kserokopia legitymacji emeryta/rencisty lub odcinek od renty/emerytury)
* rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy (w załączeniu wymagane zaświadczenie z PUP)

**2. Nie jest ubezpieczony**

**(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)**

**NUMER  UBEZPIECZENIA   ……………………………………………..**

Oświadczam, że o wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego oświadczenia niezwłocznie poinformuję MOW w Babimoście.

                                                                               ………………………………………

                                                                                  (czytelny podpis rodzica/ opiekuna)