**Oświadczenie dotyczące rejestracji osoby uprawnionej**

**lub członków rodziny osoby uprawnionej**

Wypełnij formularz w języku polskim, drukowanymi literami, ręcznie lub elektronicznie, bez skreśleń i poprawek.

**1. Dane osoby uprawnionej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

Wypełnij, jeśli nie masz

numeru PESEL

**Seria i numer dokumentu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data urodzenia**

*(dd-mm-rrrr)*

**Imię (imiona)**

**Nazwisko**

**Nazwisko rodowe**

**Obywatelstwo**

**Objaśnienie:**Osobą uprawnioną jest osoba, która ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA/Zjednoczonego Królestwa (zwanego dalej państwem członkowskim) - tj. osoba ubezpieczona w innym niż Polska państwie członkowskim.

**2. Miejsce zamieszkania osoby uprawnionej**

**2.1 □** Oświadczam, że mieszkam w Polsce

**2.2 □** Oświadczam, że nie mieszkam w Polsce

Adres miejsca zamieszkania:

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

**Państwo**

**Objaśnienie:**Punkt 2.1 zaznacz, jeżeli jesteś osobą uprawnioną i mieszkasz w Polsce.

Punkt 2.2 zaznacz, jeżeli jesteś osobą uprawnioną i nie mieszkasz w Polsce lub jeśli dokument S1/S072 został wydany Twojemu członkowi rodziny mieszkającemu w Polsce, podczas gdy Ty mieszkasz w innym niż Polska państwie UE/EFTA.

**UWAGA!** Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której przebywa ona z zamiarem stałego pobytu. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania [1]. Miejscem zamieszkania jest miejscowość, w której osoba fizyczna ma ośrodek swoich interesów życiowych, majątkowych i osobistych.

**Podstawa prawna:** [1] Art. 25 i 28 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny.

**3. Rejestracja uprawnionych członków rodziny**

**Uwaga:** Jeżeli rodzice mają własne tytuły do ubezpieczenia w różnych państwach członkowskich UE/EFTA, to nie mogą samodzielnie wybrać kraju ubezpieczenia swojego dziecka. Dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego powinien zgłosić rodzić w kraju, w którym ich dziecko mieszka.

**□ Nie** – przejdź do pkt 4 **□ Tak** – wypełnij Załącznik nr 1 i przejdź do pkt 4

**4. Sposób odbioru Poświadczenia potwierdzającego prawo do leczenie w Polsce**

**□** osobiście **□** przez osobę uprawnioną **□** pocztą na adres:

Wypełnij, jeśli jeżeli chcesz otrzymać Poświadczenie pocztą na adres inny od wskazanego w punkcie 2

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

**Państwo**

**5. Oświadczenia**

* Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
* Niezwłocznie przekażę właściwemu dla mnie oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne do ustalenia mojej sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego lub zgłoszonych członków mojej rodziny.

**6. Zgody**

* Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych z rejestracją dokumentów S1/SED S072 przez telefon lub pocztę elektroniczną.
* Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej numerów identyfikacyjnych umożliwiających śledzenie statusu spraw prowadzonych w EESSI. Numer identyfikacyjny umożliwia śledzenie statusu sprawy na stronie NFZ: <https://statussprawywue.nfz.gov.pl/#/>.

**Telefon**

**E-mail**

Wpisz adres e-mail drukowanymi literami, tak aby był dla nas czytelny.

**7. Podpis osoby składającej oświadczenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data *(dd-mm-rrrr)* Czytelny podpis wnioskodawcy

**Uwaga! Jeśli nie podpiszesz oświadczenia i nie podasz daty, nie będziemy mogli go rozpatrzyć.**

**8. Potwierdzenie odbioru osobistego Poświadczenia**

Potwierdzam odbiór Poświadczenia potwierdzającego prawo do leczenie w Polsce

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Data *(dd-mm-rrrr)* Czytelny podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 1

**3. Rejestracja uprawnionych członków rodziny**

Uzupełnij ten załącznik, jeśli chcesz zarejestrować członków swojej rodziny do ubezpieczenia w innym państwie UE/EFTA.

Jeżeli wnioskujesz o rejestrację więcej niż 3 członków rodziny, wydrukuj/skopiuj i wypełnij dodatkowy Załącznik nr 1.

**Uwaga!** Jeżeli rodzice mają własne tytuły do ubezpieczenia w różnych państwach członkowskich UE/EFTA, to nie mają prawa wyboru kraju ubezpieczenia dzieci. W takich przypadkach dziecko powinno zostać zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica w państwie, na terenie którego zamieszkuje (zgodnie z wytycznymi Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego w sprawie art. 32). Oznacza to, że jeżeli jeden z rodziców ma tytuł do ubezpieczenia związany z zatrudnieniem w Polsce (np. praca, działalność gospodarcza, osoba bezrobotna), to odmówimy rejestracji dokumentu S1 dla dziecka i konieczne będzie zgłoszenie dziecka do ubezpieczenia w Polsce.

* + **Podstawa prawna:** Art. 32 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE. L 2004 Nr 166, str. 1 z późn. zm.).

Wpisz dane wszystkich członków rodziny, którzy mieszkają w Polsce. Nie mogą oni jednak mieć ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ w okresie ważności rejestrowanego dokumentu S1/S072. Zwłaszcza nie mogą:

* wykonywać pracy najemnej
* prowadzić działalności na własny rachunek
* mieć statusu osoby bezrobotnej
* pobierać emerytury lub renty, w tym renty rodzinnej.

**Jako członka rodziny możesz zgłosić:**

* dziecko własne, dziecko żony lub męża, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce, dla którego jesteś rodziną zastępczą lub które przebywa w Twoim rodzinnym domu dziecka:
  + dopóki nie skończy 18 lat
  + dopóki nie skończy 26 lat, jeżeli dalej się uczy
  + bez ograniczenia wieku, jeżeli ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne równoważne
* swojego męża lub swoją żonę
* wstępnych (np. rodziców, dziadków itp.), którzy mieszkają z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym [1].

**Podstawa prawna:** [1]Art. 5 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

**Dane pierwszej osoby, którą zgłaszasz**

**3.1 Dane osobowe członka rodziny**

**Imię (imiona)**

**Nazwisko**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data urodzenia**

*(dd-mm-rrrr)*

**3.2 Adres zamieszkania w Polsce**

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data zamieszkania w Polsce**

*(dd-mm-rrrr)*

**3.3. Dodatkowe informacje**

Stopień pokrewieństwa: 1 2 3 4

Kontynuacja nauki: Tak

Znaczny stopień niepełnosprawności: Tak

**Dane drugiej osoby, którą zgłaszasz**

**3.1 Dane osobowe członka rodziny**

**Imię (imiona)**

**Nazwisko**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data urodzenia**

*(dd-mm-rrrr)*

**3.2 Adres zamieszkania w Polsce**

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data zamieszkania w Polsce**

*(dd-mm-rrrr)*

**3.3. Dodatkowe informacje**

Stopień pokrewieństwa: 1 2 3 4

Kontynuacja nauki: Tak

Znaczny stopień niepełnosprawności: Tak

**Dane trzeciej osoby, którą zgłaszasz**

**3.1 Dane osobowe członka rodziny**

**Imię (imiona)**

**Nazwisko**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data urodzenia**

*(dd-mm-rrrr)*

**3.2 Adres zamieszkania w Polsce**

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Kod pocztowy, miejscowość**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data zamieszkania w Polsce**

*(dd-mm-rrrr)*

**3.3. Dodatkowe informacje**

Stopień pokrewieństwa: 1 2 3 4

Kontynuacja nauki: Tak

Znaczny stopień niepełnosprawności: Tak

**Objaśnienia do załącznika**

**3.2 Adres zamieszkania w Polsce**

Wpisz adres zamieszkania członka rodziny, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania osoby uprawnionej wskazany w punkcie 2 Oświadczenia (strona 1). Wskaż datę, od której członek rodziny zamieszkuje w Polsce.

**3.3 Dodatkowe informacje**

* **Stopień pokrewieństwa**:
* jeżeli składasz wniosek o rejestrację małżonka – **zaznacz „1”**
* jeżeli składasz wniosek o rejestrację dziecka: własnego, męża lub żony, przysposobionego, obcego, dla którego ustanowiono opiekę, obcego, dla którego jesteś rodziną zastępczą lub które przebywa w Twoim rodzinnym domu dziecka – **zaznacz „2”**
* jeżeli składasz wniosek o rejestrację wnuka – **zaznacz „3”**
* jeżeli składasz wniosek o rejestrację wstępnych (rodziców, dziadków itd.), którzy mieszkają z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym – **zaznacz „4”**.

UWAGA! Jeśli składasz wniosek o rejestrację wstępnych, musisz złożyć oświadczenia, że mieszkają z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym.

* **Kontynuacja nauki**

Pole dotyczy dziecka powyżej 18 lat, które kontynuuje kształcenie. Jeżeli chcesz zarejestrować takie dziecko, zaznacz □ TAK. W takim przypadku **dołącz do Oświadczenia dokument potwierdzający naukę w szkole lub kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej.**

* **Niepełnosprawność**

Pole dotyczy dziecka z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności powyżej 18 lat. Jeżeli chcesz zarejestrować takie dziecko, zaznacz □ TAK. W takim przypadku **dołącz do Oświadczenia orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne równoważne.**