

OŚWIADCZENIE **ZMIANA OŚWIADCZENIA**
OSOBY SPRAWUJĄCEJ OSOBISTĄ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM
O ZAMIARZE PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM EMERYTALNEMU I RENTOWYM ORAZ
WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Instrukcja wypełniania

W przypadku zmiany oświadczenia wypełnij swoje dane i pola, które zmieniasz.
Jeśli zmieniasz dane identyfikacyjne podaj również poprzednie dane.

Oświadczenie złoż osobście w naszej placówce lub listownie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres zamieszkania**
5. Wypełnij obowiązkowo pola oznaczone gwiazdką *
6. Zanim wypełnisz oświadczenie, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

Dane wnioskodawcy

PESEL*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</small>		
Imię*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Data urodzenia*	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
	<small>dd</small>	<small>/ mm</small>	<small>/ rrrr</small>
Ulica*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu*	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Kod pocztowy*	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Miejscowość*	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa lub kod)*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Poprzednie dane wnioskodawcy

Podaj tylko wtedy gdy zmieniasz swoje dane identyfikacyjne

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</small>		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Dane dziecka

Imię*

Nazwisko*

Data urodzenia* / /
dd / mm / rrrr

Informacje

Informacja o ostatnim okresie ubezpieczenia*
Podaj okres od-do

Ubezpieczenie z tytułu*
Podaj tytuł ubezpieczenia

Dzień rozpoczęcia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem* / /
dd / mm / rrrr

Dzień zakończenia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem* / /
dd / mm / rrrr

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która przebywa na urlopie wychowawczym/ pobierająca zasiłek macierzyński/ zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego*

TAK NIE

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która sprawuje osobistą opiekę nad dzieckiem*

TAK NIE

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

PESEL*

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Jeśli członek rodziny nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię*

Nazwisko*

Data urodzenia* / /
dd / mm / rrrr

Poniższe pola wypełnij, jeśli adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż Twój adres

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa*

Dziecko ma ustalony znaczny stopień niepełnosprawności

 TAK NIE

Członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

 TAK NIE

Data, w której członek rodziny uzyskał uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd			mm			rrrr			

Dziecko kształci się (wypełnij, jeśli zgłaszasz dziecko w wieku 18–26 lat)

 TAK NIE

Jeśli zgłaszasz wnuka, zaznacz poniższe pola:

Którykolwiek z rodziców podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu obowiązkowo lub dobrowolnie

 TAK NIE

Którykolwiek z rodziców jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek

 TAK NIE

Załączniki

Załączam oryginał: skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka*

orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności

Oświadczenie

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w tym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zakład Ubezpieczeń Społecznych w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych zmian (art. 36 ust. 16 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd			mm			rrrr			

Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>

INFORMACJA

Do oświadczenia osoby sprawującej osobistą opiekę nad dzieckiem o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wniosku o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

1. Jeśli chcesz być objęty ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, oprócz Oświadczenia o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wniosku o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego przekazaj Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (ZUS):
 - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
 - orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, jeśli dziecko posiada takie orzeczenie.
2. Pamiętaj, abyś o każdej zmianie w stosunku do danych wykazanych w Oświadczeniu zawiadomił ZUS w terminie 7 dni.
3. Na podstawie przekazanego Oświadczenia ZUS zgłosi Cię do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz ubezpieczenia zdrowotnego i będzie sporządzał za Ciebie dokumenty rozliczeniowe.
4. Zostaniesz objęty ubezpieczeniami od daty wskazanej w Oświadczeniu, nie wcześniej jednak niż od daty złożenia tego Oświadczenia.
5. Warunkiem objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi jest to, że:
 - a) nie jesteś objęty tymi ubezpieczeniami z innego tytułu oraz nie masz ustalonego prawa do emerytury lub renty,
 - b) byłeś objęty co najmniej przez 6 miesięcy przed dniem złożenia Oświadczenia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu:
 - prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej,
 - prowadzenia innej pozarolniczej działalności,
 - wykonywania umowy zlecenia, umowy agencyjnej albo innej umowy o świadczenie usług,
 - współpracy z osobami, które prowadzą działalność lub wykonują umowę zlecenia, a od 30 kwietnia 2018 r. także z osobami korzystającymi z „ulgi na start”,
 - bycia osobą duchowną,
 - c) płatnik opłacał składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za minimum 6 miesięcy podlegania tym ubezpieczeniom i nie posiada zadłużenia w opłaceniu składek na dzień wskazany w oświadczeniu jako dzień rozpoczęcia sprawowania opieki – dotyczy osób prowadzących pozarolniczą działalność, osób współpracujących oraz duchownych będących płatnikami składek,
WAŻNE! Warunkiem jest też, że płatnik opłacił należne składki za ostatni(e) miesiąc(e) rozliczeniowy(e) 6-miesięcznego okresu (w przypadku, gdy termin jej (ich) opłacenia przypada po dniu objęcia ubezpieczeniami z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem). Jeżeli płatnik nie opłacił składek za ten miesiąc (miesiące), wyłączymy Cię z ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i zdrowotnego i obejmiemy wyłącznie ubezpieczeniem emerytalnym,
 - d) złożyłeś oświadczenia o zamiarze podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w terminie 7 dni od ustania poprzedniego tytułu,
 - e) **drugi rodzic** nie jest objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu:
 - przebywania na urlopie wychowawczym,
 - pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
 - sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem,**WAŻNE!** Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku osób samotnie wychowujących dziecko, np. rozwiedzionych małżonków,
 - f) opiekę nad dzieckiem sprawujesz na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

6. Jeżeli zostaniesz objęty ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi obowiązkowe jest dla Ciebie także ubezpieczenie zdrowotne. Możesz też zgłosić do tego ubezpieczenia członków swojej rodziny.
WAŻNE! Nie zostaniesz objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem jeżeli masz inny tytuł do tego ubezpieczenia.
7. Osobistą opiekę nad dzieckiem możesz sprawować przez okres do 3 lat, nie dłużej jednak niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6 rok życia, a w przypadku dziecka, które posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności – przez okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia. Prawo do objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi przez 3 bądź 6 lat przysługuje odrębnie na każde dziecko.
8. Prawo do objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem możesz wykorzystać w pięciu częściach, przy czym warunki niezbędne do objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi musisz spełniać tylko, gdy złożysz pierwsze Oświadczenie.

Szczegółowe zasady podlegania ubezpieczeniom osób sprawujących osobistą opiekę nad dzieckiem dostępne są na stronie internetowej ZUS www.zus.pl. Informacje można też uzyskać w każdej placówce ZUS i pod numerem infolinii: (22) 560 16 00 z telefonów stacjonarnych i komórkowych.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).