

Leżajsk, dn.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że:

Właściwe
zaznacz „X”

1.	Nie mam uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu	
2.	Posiadam uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu:	
a)	Nauki w szkole ponadgimnazjalnej, na studiach wyższych – do 26 roku życia	
b)	Niepełnosprawności w stopniu znacznym	
c)	Ubezpieczenia rodzica lub współmałżonka z tytułu pracy, świadczenia emerytalno – rentowego lub gospodarstwa rolnego	
d)	Pobierania świadczeń z ZUS, KRUS	

Zobowiązuję się do:

1. Ubezpieczenia się z posiadanego tytułu.
2. Poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Leżajsku o każdej zmianie mającej wpływ na ustalenie uprawnień do świadczeń zdrowotnych.

.....
(czytelny podpis)