

.....
Data wpływu do Działu Kształcenia

WNIOSEK STUDENTA / DOKTORANTA* AKADEMII SZTUK PIĘKNYCH W GDAŃSKU
O OBJĘCIU UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ
 (wypełnić drukowanymi literami)

Nr albumu:	Kierunek:	
Rok studiów :	Stopień :	Tryb (zaznaczyć odpowiednie): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Nazwisko:	Imiona:	Płeć (zaznaczyć odpowiednie): <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	Obywatelstwo:
Pesel: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefon:
Posiadam/ nie posiadam* orzeczenie/a o stopniu niepełnosprawności (wpisać jaki stopień):		Oddział Wojewódzki NFZ (w przypadku zmiany wymagane jest podanie adresu zamieszkania na terenie nowego oddziału):

ADRES ZAMIESZKANIA (w czasie studiów)

Miejscowość:		Kod pocztowy:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Województwo:	Gmina:	Państwo:

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 §1 Kodeksu Karnego**), odpowiedzialności na podstawie (art. 286 Kodeksu Karnego***) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej:

I. Oświadczam, że: *

- nie zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego,
- zgłoszeni przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym), nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych z pkt. IV) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Pesel</i>	<i>Posiada orzeczenie o niepełnosprawności tak/nie</i>

II. Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię Dział Kształcenia, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu, w przypadku:

- zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego,
- utraty statusu studenta/doktoranta (obrona pracy mgr, lic. lub dr, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów) lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionej w pkt. IV, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

III. Oświadczam, że: *

- utraciłem/am status członka rodziny czyli ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam jako członek rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu ani nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- nie utraciłem/am statusu członka rodziny, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu (podać przyczynę):
.....
.....
- nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji/ posiadam kartę Polaka* i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- jestem obywatelem państwa członkowskiego UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP.

IV. Oświadczam, że utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu, a w szczególności*:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
- nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
- nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram stypendium sportowego,
- nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- nie jestem zarejestrowany/a w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie jestem ubezpieczony jako student innego kierunku studiów na ASP w Gdańsku lub innej uczelni.

V. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku - <https://bip.asp.gda.pl/artykuly/164/obowiazki-informacyjne>

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Studenta

* Zaznaczyć właściwe

** Art. 233 §1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

***Art. 286: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”