

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU**  
**ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork**  
**tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08**

---

Malbork, dnia

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko, adres świadczeniobiorcy)

**OŚWIADCZENIE O PODLEGANIU UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z  
INNEGO TYTUŁU**

Niniejszym informuję, iż wraz z członkami rodziny podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, tj.:

- jako członek rodziny osoby ubezpieczonej, tj. przy mężu / małżonce \*

- z innego tytułu .....

Zgodnie z treścią art. 66 ust. 1 pkt. 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające m.in. świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Ustawa przewiduje także sytuacje, w których ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Wówczas w myśl treści art. 82. ust. 1 cytowanej ustawy - składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Zatem w przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....  
(data oraz czytelny podpis oświadczającego)