

Uwaga: Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, na maszynie lub odręcznie piśmem trwałym, zgodnie z opisem pól

Proszę zaznaczyć właściwe

- ZGŁOSZENIE DOKUMENTU S1 DO ZAREJESTROWANIA**
 ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH ADRESOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ MIEJSCA ZAMIESZKANIA W POLSCE

I. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

1.1 Nazwisko	1.2 Imię (imiona)	1.3 Nazwisko rodowe
1.4 Data urodzenia (dd /mm/ rrrr)	1.5 Obywatelstwo	1.6 PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹

Oświadczam, że posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem ² :
 Oświadczam, że nie posiadam w Polsce miejsca zamieszkania. Adres miejsca zamieszkania za granicą ³ :

1.7 Miejscowość	Kod pocztowy	Telefon kontaktowy
Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Oświadczam, że posiadam w Polsce ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia z tytułu (wypełnić jeżeli dotyczy):

Tytuł	Proszę wpisać TAK / NIE	Proszę podać datę zakończenia ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce ze wskazanego tytułu:
Zatrudnienie w zakładzie pracy		
Prowadzenie działalności gospodarczej		
Ubezpieczenie w KRUS		
Pobieranie emerytury/renty		
Pobieranie świadczenia przedemerytalnego		
Zarejestrowanie w Urzędzie Pracy		
Pobieranie zasiłku z opieki społecznej		
Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne		
Status członka rodziny		
inny tytuł do ubezpieczenia		

1.9 zgłaszam uprawnionych członków rodziny do rejestracji TAK NIE

II. DANE CZŁONKA RODZINY ⁴

Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :		Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr	
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr domu Nr lokalu
Stopień pokrewieństwa ⁶	Kontynuacja nauki ⁷	Niepelnosprawność ⁸	Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
Data zmiany państwa zamieszkania	/...../..... dd/mm/rrrr	

Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :		Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr	
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr domu Nr lokalu
Stopień pokrewieństwa ⁶	Kontynuacja nauki ⁷	Niepelnosprawność ⁸	Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, z tytułu do dnia:/...../..... dd/mm/rrrr
Data zmiany państwa zamieszkania	/...../..... dd/mm/rrrr	

3.	Nazwisko		Imię (imiona)		Data urodzenia (dd, mm, rrrr)		PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹	
	Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :			Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr				
	Miejscowość		Kod pocztowy		Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Stopień pokrewieństwa ⁶		Kontynuacja nauki ⁷		Niepełnosprawność ⁸		Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Data zmiany państwa zamieszkania	/...../..... dd/mm/rrrr					
4.	Nazwisko		Imię (imiona)		Data urodzenia (dd, mm, rrrr)		PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹	
	Adres zamieszkania w Polsce ⁵ :			Data, od której członek rodziny mieszka w Polsce:/...../..... dd/mm/rrrr				
	Miejscowość		Kod pocztowy		Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Stopień pokrewieństwa ⁶		Kontynuacja nauki ⁷		Niepełnosprawność ⁸		Posiada ubezpieczenie zdrowotne z tytułu ⁹	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Data zmiany państwa zamieszkania	/...../..... dd/mm/rrrr					
III.	POTWIERDZAM ODBIÓR POŚWIADCZEŃ (wpisać liczbę odebranych Poświadczeń)			 / /		(dd/mm/rrrr)	
						(podpis osoby upoważnionej)		

W przypadku konieczności ustalenia właściwego ustawodawstwa zwracam się z prośbą o wydanie decyzji sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dn. 27.08.2004r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a o obowiązku przekazywania Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacji, dokumentów lub dowodów potwierdzających, niezbędnych dla ustalenia sytuacji ubezpieczeniowej mojej lub członków mojej rodziny, w tym udzielenia odpowiedzi na ankiety cyklicznie przesyłane przez Oddział.

Jestem świadomy/ -a, że nieprzekazanie informacji albo nieudzielenie odpowiedzi na ankietę skutkować będzie utratą prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski na podstawie wydanego/-ych mi lub członkom mojej rodziny Poświadczeń.

.....
Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

.....
Czytelny podpis

OBJAŚNIENIA:

¹ Należy wpisać nr PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo nazwę i numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe

² Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego; Dz. U. Nr 16, poz. 93, z póź. zm.); można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania (zgodnie z art. 28 Kodeksu Cywilnego; Dz. U. Nr 16, poz. 93, z póź. zm.)

³ W przypadku, gdy dokument S1 został wydany dla członka rodziny osoby uprawnionej zamieszkałej w innym niż Polska państwie UE/EFTA.

⁴ Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z póź. zm.) członkiem rodziny może być:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
 - do ukończenia 18 lat,
 - do ukończenia 26 lat (jeżeli kształci się dalej),
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
- małżonek,
- krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym

⁵ Wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania członka rodziny jest różny od adresu zamieszkania wskazanego w pkt. 1.7

⁶ 1 – małżonek; 2 dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej; 3 – wnuk; 4 – krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym;

⁷ Dotyczy dziecka powyżej 18 roku życia - należy zaznaczyć TAK, jeżeli dziecko kontynuuje naukę - w takim przypadku należy dołączyć kserokopie legitymacji szkolnej lub studenckiej albo zaświadczenie ze szkoły lub uczelni; należy zaznaczyć NIE, jeżeli dziecko nie kontynuuje nauki

⁸ Dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności

⁹ Dotyczy prawa do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce z jednego z tytułów wymienionych w pkt. 1.8 Oświadczenia - należy zaznaczyć TAK oraz wpisać, z jakiego tytułu członek rodziny posiada ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, jeżeli taki tytuł istnieje, albo należy podać datę ostatniego wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, w przypadku braku własnego tytułu do ubezpieczenia.

W przypadku zgłoszenia do zarejestrowania członków rodziny należy dołączyć:

- dla pełnoletnich uczących się dzieci – zaświadczenie ze szkoły, uczelni
- dla dzieci niepełnosprawnych bez ograniczenia wieku – orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
- dla krewnych wstępnych (rodzice, dziadkowie) – oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym