

# OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Załącznik do formularza S072, S1, E106, E109, E120, E121  
 Proszę wypełnić drukowanymi literami i zaznaczyć właściwą odpowiedź.

Imię i nazwisko:

Numer ubezpieczenia zdrowotnego w Republice Czeskiej:

Proszę podać adres i kraj faktycznego miejsca zamieszkania – uważam to miejsce za swoje centrum zainteresowań. Nietraktuję tego miejsca zamieszkania jako pobytu tymczasowego. Tu będzie wysyłana korespondencja.	
Masz członków rodziny (mąż/żona/zarejestrowanego partnera/dzieci pozostające na utrzymaniu)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Ilość ..... Państwo .....
Jak często podróżuje Pan/i do kraju faktycznego zamieszkania? W przypadku, gdy żadna opcja nie pasuje, proszę wskazać „inne”.	<input type="checkbox"/> Raz dziennie – raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Raz na dwa tygodnie – raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne .....
Proszę wskazać rodzaj mieszkania w kraju zamieszkania – pensjonát/hotel, własne mieszkanie, dom jednorodzinny, wynajęte mieszkanie etc.	
W przypadku miejsca zamieszkania położonego w Republice Czeskiej, proszę wskazać rodzaj mieszkania.	
Czy prowadzi Pan/i działalność przynoszącą zysk w innych państwach członkowskich UE?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Zatrudnienie Państwo .....
Czy ubiega się Pan/i o rentę z innego państwa? Jeśli tak, proszę określić, z jakiego państwa.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Państwo .....
Czy otrzymuje Pan/i emeryturę? Jeśli tak, proszę określić, z jakiego państwa.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Państwo .....
Którą firmę ubezpieczeniową wybrał/a Pan/i w państwie faktycznego miejsca zamieszkania? Proszę wskazać nazwę firmy oraz miasto.	
Czy mąż/żona/zarejestrowany partner prowadzi działalność przynoszącą zysk lub otrzymuje inne świadczenia pieniężne? dávky? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jest zatrudniony/a lub samozatrudniony/a w państwie otrzymuje emeryturę od państwa .....
	<input type="checkbox"/> otrzymuje emeryturę od państwa .....
	<input type="checkbox"/> otrzymuje zasiłek dla bezrobotnych od państwa .....
	<input type="checkbox"/> przybywa na urlopie macierzyńskim/ ojcowskim od państwa .....
	<input type="checkbox"/> otrzymuje zasiłek chorobowy w okresie ochronnym od państwa .....
Czy mąż/żona/zarejestrowany partner pozostaje na Pana/Pani utrzymaniu? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> poszukuje pracy bez zasiłku <input type="checkbox"/> otrzymuje świadczenia wynikające z urlopu macierzyńskiego/ ojcowskiego <input type="checkbox"/> wychowuje dzieci (jedno w wieku 0-7 lub dwoje w wieku 0-15) <input type="checkbox"/> inne
Kontakt: numer telefonu, adres e-mail	
Kopie dokumentów uzupełniających w załączniku - umowy o pracę, potwierdzenia zameldowania, w tym dokumentów potwierdzających inne fakty zawarte w tym oświadczeniu	

Potwierdzam, że powyższe informacje są prawdziwe i wyrażam zgodę na wykonywanie kopii dokumentów. Jestem świadomy/a obowiązku zgłaszania mojemu ubezpieczycielowi wszelkich zmian w ciągu ośmiu dni od ich zaistnienia. W przypadku braku powiadomienia o zmianach, oprócz obowiązku zapłaty grzywny nałożonej na podstawie ustawy Nr. 48/1997 Sb. O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zobowiązuję się do zapłaty za szkody, które powstałyby VZP ČR. W przypadku rozwiązania mojej umowy o pracę natychmiast zwrócę moją „Czeską kartę ubezpieczenia zdrowotnego” pracodawcy lub ubezpieczycielowi.

Data i podpis wnioskodawcy

Data, pieczęć i podpis pracownika VZP ČR