

 **Dział Płac**

wg rozdzielnika

W związku z wchodzącą w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku ustawą z dnia 27 lipca 2012 r., o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 1016) zobowiązuje się pracowników oraz zleceniobiorców zewnętrznych, którzy zgłosili do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, do złożenia w Dziale Płac **w terminie do dnia 04.01.2013 r.**, oświadczeń (wg załączonego wzoru) celem weryfikacji osób ubezpieczonych.

W przypadku, gdy zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego członek rodziny winien być z niego wyrejestrowany należy wypełnić formularz ZUS ZCNA i złożyć go do Działu Płac w powyższym terminie.

Ubezpieczeniu zdrowotnemu zgodnie z podanymi zasadami podlegają członkowie rodzin, do których zalicza się:

- dzieci: własne, małżonka/małżonki, przysposobione, obce dla których ustanowiono opiekę, obce w ramach rodziny zastępczej, wnuki; wymienione dzieci – są ubezpieczone do ukończenia przez nie 18 lat, a jeśli kontynuują naukę do ukończenia 26 lat, jeśli dziecko posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi z tym stopniem bez ograniczenia wieku,
- małżonek/małżonka – jeśli nie posiada własnego tytułu do ubezpieczenia, którymi są umowa o pracę, umowa zlecenie, emerytura, renta, działalność gospodarcza, rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna,
- wstępnych (rodzice, dziadkowie) – jeśli nie mają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zmiany w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, obowiązujące od dnia 01.01. 2013 roku dotyczą między innymi poniższych zagadnień.

Zgłoszenia bądź **wyrejestrowania** członków rodzin do/i z ubezpieczenia zdrowotnego pracownik zobowiązany jest składać w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodującej konieczność ubezpieczenia bądź wyrejestrowania z niego.

Nowonarodzone dzieci – oboje rodziców posiadających tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego mają prawo zgłosić dziecko/dzieci do ubezpieczenia zdrowotnego (pracownicy za pośrednictwem pracodawcy), przy czym **obowiązkowo zgłoszenia dokonuje jedno z nich.**

Dziadkowie mogą zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego wnuki tylko wtedy, gdy oboje rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego tytułu lub nie są osobami uprawnionymi do świadczeń z opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy bądź pracy na własny rachunek albo nie są ubezpieczeni dobrowolnie.

Do **korzystania z opieki medycznej** wymagane będzie jedynie okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna - dla osób niepełnoletnich).

Otrzymują:

1. Wydział Architektury
2. Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska
3. Wydział Mechaniczny

KWESTOR

mgr Piotr Lewandowski



4. Wydział Chemiczny
5. Wydział Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki
6. Wydział Elektrotechniki i Automatyki
7. Wydział Oceanotechniki i Okrętownictwa
8. Wydział Zarządzania i Ekonomii
9. Wydział Fizyki Technicznej i Matematyki Stosowanej
10. Centrum Nauczania Matematyki i Kształcenia na Odległość
11. Centrum Usług Informatycznych
12. Centrum Informatyczne TASK
13. Centrum Języków Obcych
14. Centrum Sportu Akademickiego PG
15. Biblioteka Główna
16. Dział Spraw Pracowniczych
17. Dział Karier i Spraw Studenckich
18. Dział Projektów Europejskich
19. Dział Biuro Rektora
20. Dział Legislacji, Audytu i Bezpieczeństwa
21. Dział Eksploatacji
22. Poziom Kanclerza
23. Dział Kształcenia i Realizacji Dydaktyki
24. Dział Inwestycji i Remontów
25. Dział Zamówień Publicznych
26. Dział Spraw Międzynarodowych
27. Kwestura
28. Dział Płac
29. Dział Zarządzania Infrastrukturą Studencką
30. Dział Zarządzania Jakością
31. Dział Ochrony Mienia
32. Dział Promocji
33. Dział Zasobów Archiwalnych
34. Centrum Morskich Technologii Militarnych
35. Dział Gospodarczy
36. Centrum Szkoleniowo Rehabilitacyjne w Sopocie
37. Centrum Wiedzy i Przedsiębiorczości PG

.....
nazwisko i imię

Gdańsk, dnia

.....
nr ewidencyjny pracownika

.....
PESEL – dot. zleceniobiorców zewnętrznych

.....
jednostka organizacyjna PG

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgłoszeni przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienieni członkowie rodziny mają nadal podlegać temu ubezpieczeniu.

Lp	Nazwisko i imię	Nr PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.			
2.			
3.			

W przypadku zmiany stanu faktycznego zobowiązuję się do powiadomienia Działu Płac.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie