



Čestné prohlášení osoby pečující o děti

Příjmení, jméno, titul rodiče, nebo osoby, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů:

Rodné číslo výše uvedené osoby:

prohlašuji,
že celodenně osobně a řádně pečuji (budu pečovat) alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, a to v období od: do:

Svým podpisem současně stvrzuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že osobou pečující o děti dle § 7 odst. 1 písm. k) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a tedy **pojištěncem, za kterého hradí pojištění stát, mohou být pouze v případě, pokud ve výše uvedeném období současně platí, že:**

- nejsem příjemcem rodičovského příspěvku dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře,
- nejsem ženou na mateřské dovolené,
- nejsem osobou na rodičovské dovolené,
- nejsem osobou pobírající peněžitou pomoc v mateřství dle předpisů o nemocenském pojištění,
- dítě předškolního věku je umístěno v jeslích (mateřské škole), popřípadě v obdobném zařízení, na dobu, která nepřevyšuje 4 hodiny denně,
- dítě plnící povinnou školní docházku není umístěno ve školním zařízení, či jiném obdobném zařízení po dobu přesahující návštěvu školy, ani není umístěno v zařízení s týdenním, či celoročním pobytem,
- jsem matkou, nebo otcem, nebo osobou, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů,
- nemám příjem ze zaměstnání, nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

Za osobu celodenně osobně a řádně pečující o děti se považuje **vždy pouze jedna osoba.**

Svůj nárok na zařazení do kategorie pojištěnce ve smyslu § 7 odst. 1 písm. k) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, uplatňuji z titulu osobní péče ve smyslu výše uvedeném o tyto děti a souhlasím s využitím níže uvedených údajů pro případné ověření skutečnosti ze strany ZPŠ:

Příjmení a jméno dítěte: Rodné číslo:

Název předškolního, či školního zařízení, které dítě navštěvuje:

Adresa zařízení: Telefon +420

Příjmení a jméno dítěte: Rodné číslo:

Název předškolního, či školního zařízení, které dítě navštěvuje:

Adresa zařízení: Telefon +420

V případě jakékoliv změny plátce pojistného nahlásím dle oznamovací povinnosti tuto skutečnost zdravotní pojišťovně **nejpozději do 8 dnů.**

Tímto prohlášením na sebe přejímám následky nepravdivosti údajů, které jsem uvedl(a).

Datum: **Podpis:**

