Załącznik nr 2/Attachment no.2

Szkoła doktorska ASP we Wrocławiu

The Doctoral School of The Eugeniusz Geppert Academy of Art and Design in Wrocław

Imię i nazwisko/ Name and surname:……………………………………………………………

Drugie imię/ Second name……………………………………………………………………….

Nr albumu/ Register No.:………………………………………………………………………...

PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości[[1]](#footnote-1)/ PESEL or type, series and number of identity document1:…………………………………………………………………………...

Data urodzenia (dd/mm/rr)/ Date of birth (day/month/year):…………………………………….

Email:……………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji w Polsce/ Correspondence address in Poland:

Ul./St…………………………………, Nr domu/mieszkania/ House no./flat no.……………...

Kod pocztowy/Postal code:……………...., Miejscowość/Place:………………………………,

Gmina/Municipality:……………………….Województwo/Voievodship:…………………..

**OŚWIADCZENIE/ STATEMENT**

1. Oświadczam, że/ I declare that:
2. nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego/posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego\*[[2]](#footnote-2)

I do not have another title for health insurance/ I have another title for health insurance

1. nie jestem zatrudniony jako pracownik naukowy lub nauczyciel akademicki / jestem zatrudniony jako pracownik naukowy lub nauczyciel akademicki w wymiarze poniżej/powyżej ½ etatu\*, nazwa pracodawcy: ........................................................................., w okresie od ................................................nie jestem zatrudniony w ramach projektu badawczego/jestem zatrudniony w ramach projektu badawczego\*;

I am not employed as a researcher or academic teacher / I am employed as a researcher or academic teacher below / above half of full time \*, employer's name: .................. .................................................. ..... in the period from ......................................... ....... I am not employed within a research project / I am employed within a research project \*;

1. nie przeszedłem pozytywnie oceny śródokresowej/przeszedłem pozytywnie ocenę śródokresową\*

I did not pass the mid-term evaluation / I passed the mid-term evaluation\*;

1. nie posiadam prawa do emerytury/posiadam prawo do emerytury\*;

I do not have the right to a pension / I have the right to a pension \*;

1. nie posiadam prawa do renty/posiadam prawo do renty\*;

I do not have the right to a disability pension / I have the right to a disability pension \*;

1. nie jestem/ jestem\* zatrudniony na podstawie umowy zlecenia;

I am/ I am not\* employed under a mandate contract;

1. nie ukończyłem/ukończyłem\* 26 lat i nie podlegam/podlegam\* ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu;

I did not finish/ I finished\*26 years old and I am not/ I am subject to health insurance on the basis of another title;

1. nie jestem/jestem\* rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;

I am not / I am\* a farmer or a farmer's household member within the meaning of the provisions on social insurance for farmers;

1. nie posiadam ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym)\*.

I do not have a valid disability certificate / I have a valid disability certificate (mild / moderate / severe) \*.

1. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym/Nie wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym\*[[3]](#footnote-3)

I request voluntary sickness insurance / I do not request voluntary sickness insurance\*3

1. Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych\* pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym/nie wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym\*.

Pursuant to the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, I am asking for health insurance for my child / spouse / ascendants \* staying with the insured in the common household / I am not asking for health insurance for my child / spouse / ascendants remaining with the insured in the common household \*.

Dane osoby zgłaszanej (dziecko/małżonek/wstępny\*)/

Details of the person to be insured (child/spouse/ascendant\*)

Imię i nazwisko/ Name and surname:........................................................................................... PESEL: .........................................................................................................................................

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców)/ Passport no. and date of birth (in case off oreigners):..................................................................................................................

Imię drugie (jeśli posiada)/ Second name (if has):........................................................................

Nazwisko rodowe (jeżeli była dokonywana zmiana nazwiska)/ Surname at birth (if the surname was changed) :................................................................................................................

Obywatelstwo/ Citizenship:.......................................................................................................... Stopień niepełnosprawności/ Disability level:..............................................................................

Czy pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym: tak/nie\*

Does the person stays in the shared household with the insured one: yes/no

Adres zameldowania/ Registered address.....................................................................................

Kod pocztowy/ Postal code: ......................................................................................................... Miejscowość/Place:.......................................................................................................................Gmina/ Municipality:....................................................................................................................

Ulica/Street:..................................................................................................................................

Nr domu/Nr mieszkania:/ House no./ Flat no...............................................................................

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż zameldowania)/ Address of stay (if different than the registered one):........................................................................................................................

Kod pocztowy/ Postal code:..........................................................................................................

Miejscowość/Place:.......................................................................................................................Gmina/ Municipality:....................................................................................................................

Ulica/ Street:.................................................................................................................................

Nr domu/Nr mieszkania:/ House no./ Flat no............................................................................... Adres zamieszkania (jeżeli inny niż zameldowania)/ Address of stay (if different than the registered one):..............................................................................................................................

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

I declare that the above-mentioned data is consistent with the facts. The members of my family that I report for insurance are not subject to any other title for health insurance, nor have they been registered for health insurance by other family members.

1. Upoważniam pracownika Uczelni do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.

I authorize the University employee to sign the social security / health insurance application form on my behalf.

1. Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w **terminie 2 dni** od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta.

I declare that the legal and financial consequences of an incorrectly completed declaration or failure to inform about any changes affecting the insurance obligation **within 2 days** from the date of these changes are borne by me as a PhD.

Wrocław, dnia ............................ ...............................................

podpis doktoranta/ PhD’s signature

\* niepotrzebne skreślić/ delete as appropriate

1. Dotyczy osób podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub społecznego./ Applies to persons subject to registration for health or social insurance. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy osób posiadających obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. stosunek pracy, umowa zlecenie, działalność gospodarcza, podleganie jako członek rodziny do 26. roku życia)–art.66 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.z 2018poz. 1510)./ Applies to persons with a different health insurance title (e.g. employment relationship, mandate contract, business activity, being a family member up to 26 years of age) - Article 66 sec. 1 point 20 of the Act of 27 August 2004 on healthcare services financed from public funds (Journal of Laws of 2018, item 1510). [↑](#footnote-ref-2)
3. Na podstawie art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 7b, art. 16 ust. 2orazart. 22 ust. 1 pkt3ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U.z 2019r. poz. 300, z późn. zm.)doktorant podlega ubezpieczeniu chorobowemu na swój wniosek i opłaca składki z własnych środków w wysokości 2,45% wymiaru składek(wysokości stypendium).Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019r. poz. 645, z późn.zm.) w związku z art. 209 ust. 6 ustawy z dnia z dnia 20lipca 2018 r. –Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018r. poz. 1668, z późn.zm.) doktorantowi nie przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w okresie, za który zachowuje prawo do stypendium doktoranckiego, w tym w okresie zawieszenia kształcenia na wniosek doktoranta na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego. Zgodnie z art. 7 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa po okresie 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu doktorantowi przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa po ustaniu tytułu do ubezpieczenia./ Based on Article. 11 sec. 2 in connection with art. 6 sec. 1 point 7b, art. 16 sec. 2o and art. 22 sec. 1 point 3 of the Act of 13 October 1998 on the social insurance system (Journal of Laws of 2019, item 300, as amended), a member of a doctoral school is subject to sickness insurance at his/ her request and pays contributions from his/her own resources in the amount of 2.45% of the contributions (amount of scholarship). Pursuant to art. 12 sec. 1 of the Act of 25 June 1999 on cash benefits from social insurance in the event of sickness and maternity (Journal of Laws of 2019, item 645, as amended) in connection with Art. 209 sec.6 of the Act of 20 July 2018 - Law on Higher Education and Science (Journal of Laws of 2018, item 1668, as amended), a member of a doctoral school is not entitled to benefits in the event of sickness and maternity during which retains the right to a doctoral scholarship, including time of the education suspension at his/her request for a period corresponding to the duration of maternity leave, leave on the conditions of maternity leave, paternity leave and parental leave. In accordance with art. 7 in connection with art. 4 sec. 1 point 2 of the Act of 25 June 1999 on cash benefits from social insurance in the event of sickness and maternity after a period of 90 days of being subject to sickness insurance, a member of a doctoral school shall be entitled to sickness and maternity benefits after the termination of the insurance title. [↑](#footnote-ref-3)