

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bolesławcu 59-700 Bolesławiec Cicha 7/ Tel. 75-645 78 23 Fax 75-645 78 24	SKŁ-ZDR Składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres I-VI 2009	Adresat: Dolnośląski Urząd Wojewódzki Wydział
Numer identyfikacyjny REGON: 3 273 141		Przekazać w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym

WYSZCZEGÓLNIENIE (na podstawie ustawy z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finans. ze środków publicznych art. 66 ust. 1)		Liczba świadczeniobiorców¹⁾, za których jest opłacana składka zdrowotna	Liczba składek należnych	Koszt składek należnych w zł²⁾		
				ogółem (4 + 5)	z tego:	
					opłaconych	nieopłaconych
0	1	2	3	4	5	
Osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 26	1	128	695	16 680	16 680	0
Osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 29	2	0	0	0	0	0
Dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje wychowawcze lub opiekuńcze lub w DPS niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu	3	0	0	0	0	0
Dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt. 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 19	4	0	0	0	0	0
Osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, objęte indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu - pkt. 27	5	0	0	0	0	0
Osoby pełniące funkcje zawodowej rodziny zastępczej (pogotowia rodzinnego) spełniające warunki do objęcia ubez. społ. lub ubez. społ. rolników - pkt. 1 lit. e	6	0	0	0	0	0
Osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego w Centrum Integracji Społecznej - pkt. 30	7	0	0	0	0	0
Osoby realizujące kontrakt socjalny niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt.30	8	0	0	0	0	0
OGÓŁEM (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8)	9	X	695	16 680	16 680	0

1) liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia, a w przypadku rodzin zastępczych na podstawie umowy zawartej ze starostą o pełnienie funkcji rodziny zastępczej liczba osób otrzymujących wynagrodzenie

2) w zaokrągleniu do 1 zł

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

SKL-ZDR

Miejscowość i data

Pieczątka imienna i podpis osoby działającej w
imieniu sprawozdawcy