

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

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej:  <b>MOPS Bolesławiec</b> <b>Cicha 7</b> <b>59-700 Bolesławiec</b> Tel. 75 645 78 23 Fax 75 645 78 24	<b>SKŁ-ZDR</b> <b>Składki na ubezpieczenie zdrowotne</b>  <b>za okres</b> <b>I-XII 2017</b>	Adresat:  <b>WPS Woj. Dolnośląskie</b>
Numer identyfikacyjny REGON:  <b>3 273 141</b>		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 świadczeniobiorców*, za których jest opłacana składka zdrowotna	Liczba składek należnych	Koszt składek należnych w zł**			
			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	191	1 838	80 806	80 806	0
Osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 29	2	0	0	0	0	0
Dzieci przebywające w DPS niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu – pkt 18	3	0	0	0	0	0
Dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, 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 objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego w Centrum Integracji Społecznej - pkt. 30	6	0	0	0	0	0
Osoby realizujące kontrakt socjalny niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt.30	7	0	0	0	0	0
<b>OGÓŁEM (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)</b>	8	<b>X</b>	<b>1 838</b>	<b>80 806</b>	<b>80 806</b>	<b>0</b>

\* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

\*\* w zaokrągleniu do 1 zł

**Alina Stempak**

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

**Bolesławiec, 2018-01-03**

Miejscowość i data

Pieczęć imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy: