

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

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: MOPS Bolesławiec Cicha 7 59-700 Bolesławiec Tel. 75 645 78 23 Fax 75 645 78 24	SKŁ-ZDR Składki na ubezpieczenie zdrowotne	Adresat: WPS Woj. Dolnośląskie
Numer identyfikacyjny REGON: 3273141	za okres I-XII 2024	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	90	879	64896	64896	0
Osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 29	2	0	0	0	0	0
Dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 19	3	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	4	0	0	0	0	0
Osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego w Centrum Integracji Społecznej - pkt. 30	5	0	0	0	0	0
Osoby realizujące kontrakt socjalny niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt.30	6	0	0	0	0	0
OGÓŁEM (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6)	7	X	879	64896	64896	0

* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

** w zaokrągleniu do 1 zł

Agnieszka Kubarycz

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

Bolesławiec, 2025-01-09

Miejscowość i data

Pieczęćka imienna i podpis osoby działającej w
imieniu sprawozdawcy: