

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

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ORZYSZU RYNEK 3 12-250 ORZYSZ Tel. 873070980 Fax	SKŁ-ZDR Składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres I-XII 2023	Adresat: WPS WOJ. WARMIŃSKO-MAZURSKIE
Numer identyfikacyjny REGON: 511433686		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 nałychnych	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 37	390	22147	22147	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 13	83	6342	6342	0
Osoby realizujące kontrakt socjalny niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt.30	7 0	0	0	0	0
OGÓŁEM (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8 X	473	28489	28489	0

* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

** w zaokrągleniu do 1 zł

RAJKIEWICZ WIOLETTA

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

ORZYSZ, 2024-01-16

Miejscowość i data

Pieczątką imienną i podpis osoby działającej w
imieniu sprawozdawcy: