

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

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: <b>PMOPS Powiat miejski Jastrzębie-Zdrój</b> <b>Opolska 9</b> <b>44-335 Jastrzębie-Zdrój</b> <b>Tel. 0324349657</b> <b>Fax</b>	<b>SKŁ-ZDR</b> <b>Składki na ubezpieczenie zdrowotne</b>	Adresat: <b>WPS Woj. Śląskie</b>
Numer identyfikacyjny REGON: <b>3461374</b>	<b>za okres</b> <b>I-XII 2023</b>	<b>Przekazać w terminie do 15 dnia miesiąca</b> <b>następującego po okresie sprawozdawczym</b>

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	222	2195	119646	117839	1807
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	46	199	12877	12877	0
Osoby realizujące kontrakt socjalny niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt.30	7	1	2	129	129	0
<b>OGÓŁEM (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)</b>	<b>8</b>	<b>X</b>	<b>2396</b>	<b>132652</b>	<b>130845</b>	<b>1807</b>

\* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

\*\* w zaokrągleniu do 1 zł

Rafał Grieger

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

Jastrzębie-Zdrój, 2024-01-04

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy: