

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

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: <b>PMOPS Powiat miejski Rybnik</b> <b>44-200 Rybnik</b> <b>Żużłowa 25</b> <b>Tel. 324221111</b> <b>Fax</b>	<b>SKŁ-ZDR</b> <b>Składki na ubezpieczenie zdrowotne</b>	Adresat: <b>WPS Woj. Śląskie</b>
Numer identyfikacyjny REGON: <b>3445760</b>	<b>za okres</b> <b>I-XII 2017</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	433	4299	187532	172404	15128
Osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrow. z innego tytułu - pkt. 29	2	14	39	2120	2011	109
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>	<b>8</b>	<b>X</b>	<b>4338</b>	<b>189652</b>	<b>174415</b>	<b>15237</b>

\* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

\*\* w zaokrągleniu do 1 zł

Joanna Gaffke

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

Rybnik, 2018-01-09

Miejscowość i data

Pieczęćka imienna i podpis osoby działającej w  
imieniu sprawozdawcy: