

## ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dane osoby zarejestrowanej w urzędzie pracy:

Nazwisko i imię: ..... PESEL

Adres zameldowania: .....

Wnioskuje o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

| <i>Lp</i> | <i>Nazwisko i imię</i> | <i>Data urodzenia</i> | <i>PESEL</i> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <i>Stopień pokrewieństwa</i> |  |  |  |
|-----------|------------------------|-----------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|
| 1.        |                        |                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |
| 2.        |                        |                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |
| 3.        |                        |                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |
| 4.        |                        |                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |
| 5.        |                        |                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |

**Należy podać :**

- dzieci do lat 18. Dzieci od lat 18 do 26 jeżeli się uczą i nie pracują. (po ukończeniu przez dziecko 18 lat należy dostarczyć co semestr zaświadczenie ze szkoły potwierdzające kontynuację nauki!)
- dzieci bez względu na wiek, jeżeli posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi, (należy przedstawić oryginał orzeczenia)
- małżonka, jeżeli nie jest zatrudniony, nie pobiera renty, emerytur itp. (należy przedstawić dowód osobisty małżonka, akt zawarcia małżeństwa)
- krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane podane w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP w Białobrzegach w przypadku zmiany danych podanych w powyższym wniosku oraz o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020r., poz. 1398 i zm.)*

.....  
{data i podpis bezrobotnego}

.....  
( podpis pracownika PUP)