

OŚWIADCZENIE

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu:

Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Data ur. (dzień, m-c, rok)	Numer PESEL	Stopień niepełnosp.

Oświadczam, że dziecko/ dzieci* zgłoszone do ubezpieczenia kontynuuje/ nie kontynuuje* nauki.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy.

Informacja

Zgodnie z art. 5 pkt-3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uznaje się:

1. Dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej — do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi bez ograniczenia wieku;
2. Małżonka;
3. Wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

nazwisko i imię

PESEL

adres

podpis bezrobotnego

* niepotrzebne skreślić