

Kazimierza Wielka, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Powiatowy Urząd Pracy
ul. Partyzantów 29
28-500 Kazimierza Wielka

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Pokrewieństwo	PESEL ¹	Adres zamieszkania ²	Znaczny stopień niepełności TAK/NIE ³
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam, że ww. członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

W przypadku ukończenia przez Dziecko 18 lat, należy niezwłocznie dostarczyć zaświadczenie potwierdzające kontynuację nauki przez dziecko. Brak takiego zaświadczenia powoduje wyrejestrowania dziecka z dniem ukończenia 18 lat.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia tut. Urzędu Pracy o wszelkich zmianach dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego i zgłoszonych we wniosku członków rodziny.

.....
podpis wnioskodawcy

¹ w przypadku, gdy ubezpieczonemu nie nadano nr pesel należy wpisać nr dowodu osobistego lub paszportu.

² wpisać jeśli jest inny niż Pana/Pani adres zamieszkania.

³ „Tak” należy wpisać w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełności lub innym traktowanym na równi.