Złotów, dnia ............................................................... EŚ-11/1/2018

.............................................................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

............................................................................................ **Powiatowy Urząd Pracy**

**(PESEL)** w Złotowie

............................................................................................

(adres zamieszkania)

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia …………………………………………………………………następujących członków rodziny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Data urodzenia** | **PESEL** | **adres zamieszkania**  **(wpisać jeśli jest inny niż wnioskodawcy)** | **Stopień niepełnospraw-ności\*** | **Czy kształci się?**  **tak/nie** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |

\*) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

odwróć

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań wynikających z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r., Kodeksu karnego w związku z art.75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczam, że** wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Złotowie o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny, w tym o podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskania przez moich członków rodziny innego tytułu do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub o zakończeniu nauki przez zgłoszone przeze mnie dziecko, które ukończyło 18 rok życia, zmiany stopnia niepełnosprawności **w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.**

…........................................................................................................

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Pouczenie:**

Zgodnie z art. 193 pkt 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) *Kto (…) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (…) podlega karze grzywny.”*

Zgodnie z art. 193 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) **za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uznaje się następujące osoby :**

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,

b) małżonka,

c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;