

Złotów, dnia ..... EŚ-11/1/2018

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Złotowie**

**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 niepełnosprawności*	Czy kształci się? tak/nie
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

\*) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności



**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 :**

- a) 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;