EŚ-14/2025

 Złotów, dnia ..........................................................................

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

 *( 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

**Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny należy dołączyć:**

* do wglądu akt urodzenia dziecka/dzieci lub dowód osobisty (w przypadku pierwszego zgłaszania);
* do wglądu odpis aktu małżeństwa (w przypadku pierwszego zgłaszania);
* zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia.

**Oświadczenie**

**„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”**

**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 wstawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

*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 ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uznaje się następujące osoby :**

1. dziecko własne, dziecko małżonka ( tj. dziecko żony lub męża ), 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 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 (np. rodziców, dziadków ) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.