

Złotów, dnia

.....
(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 dnianastępujących 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



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 :**

- a) 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,
- b) małżonka,
- c) wstępnych (np. rodziców, dziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.