DE.522.\_\_\_\_\_\_2025\_\_\_\_\_\_\_ Włoszczowa, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko i imię ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WNIOSEK

o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny bezrobotnego

wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niżej wymienionych członków rodziny:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia** | **PESEL** | **stopień pokrewieństwa** | **Adres zamieszkania** | **Czy czł. rodz. jest zarej. w PUP (T/N)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, **jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia:**

1. dzieci do ukończenia 18 lat
2. dzieci do ukończenia 26 lat, które dalej się kształcą – **należy dostarczyć zaświadczenie o kontynuacji nauki**
3. małżonka
4. dzieci niepełnosprawne w stopniu znacznym – bez ograniczenia wieku
5. krewnych wstępnych (rodziców, dziadków)

**Uwaga**

W przypadku posiadania przez zgłoszonego członka rodziny stopnia niepełnosprawności, należy **dostarczyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.**

Pouczony(a) o 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 w/w członkowie rodziny pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy we Włoszczowie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis bezrobotnego

Adnotacje:

Data przyjęcia wniosku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodziny: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis pracownika przyjmującego wniosek

Zgodnie z USTAWĄ z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 146 ze zm./

Za członka rodziny należy rozumieć 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 kształci się dalej - 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