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

*(miejscowość, data)*

Imię i nazwisko ...........................................................................................................................................

PESEL: .......................................................................................................................................................

Adres zamieszkania: ...................................................................................................................................

WNIOSEK

o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny od dnia ..................

DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Imię i nazwisko członka rodziny: ...............................................................................................................

PESEL ........................................................................................................................................................

Data urodzenia: ...........................................................................................................................................

Kod pocztowy: ...........................................................................................................................................

Miejscowość: .............................................................................................................................................

Ulica, nr domu/nr mieszkania: ....................................................................................................................

**Stopień pokrewieństwa:**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ współmałżonek

□ dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka

□ inny (jaki?): .............................................................................................................................................

**Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ TAK □ NIE

**Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu?**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ TAK □ NIE

**Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ nie dotyczy □ lekki, umiarkowany, znaczny (jaki?): ..................................................................

□ niepełnosprawność stwierdzona przez 16 rokiem życia

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Ustrzykach Dolnych w przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

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

*(podpis)*