

**OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ DOKONUJĄCEJ ZGŁOSZENIA CZŁONKÓW
RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Na podstawie art. 5. pkt. 3 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019r., poz 1373 z późn. zm). za członka rodziny do celów 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, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - 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;

I DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

NAZWISKO
IMIĘ
DATA URODZENIA
PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA

II DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

NAZWISKO
IMIĘ
DATA URODZENIA
PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA

Stopień niepełnosprawności..... oddo.....

III DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

NAZWISKO
IMIĘ
DATA URODZENIA
PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA

Stopień niepełnosprawności..... oddo.....

IV DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

NAZWISKO
IMIĘ
DATA URODZENIA
PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA

Stopień niepełnosprawności..... oddo.....

V DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

NAZWISKO
IMIĘ
DATA URODZENIA
PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA

Stopień niepełnosprawności..... oddo.....

Oświadczam, że w przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian dotyczących członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zakończenie lub przerwanie nauki przez dzieci, podjęcie pracy przez współmałżonka itp.) poinformuję w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności Powiatowy Urząd Pracy we Włocławku

Jednocześnie w chwili ukończenia przez dziecko 18 lat zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia lub złożenia oświadczenia (na druku opracowanym przez PUP) że dziecko kontynuuje naukę. W przypadku niedostarczenia zaświadczenia lub niezłożenia oświadczenia dziecko zostanie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

.....
Data i podpis bezrobotnego

DATA i PODPIS PRACOWNIKA

Włocławek

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Oświadczenie

Oświadczam że
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Jest uczniem/studentem/słuchaczem.....
(klasa/ semestr, nazwa szkoły/uczelni)

Data ukończenia nauki

W przypadku przerwania lub zakończeniu nauki, podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu przez zobowiązuję się **w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności** poinformować Powiatowy Urząd Pracy we Włocławku.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, podpis)

Włocławek

.....
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Oświadczenie

Oświadczam że
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Jest uczniem/studentem/słuchaczem.....
(klasa/ semestr, nazwa szkoły/uczelni)

Data ukończenia nauki

W przypadku przerwania lub zakończeniu nauki, podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu przez zobowiązuję się **w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności** poinformować Powiatowy Urząd Pracy we Włocławku.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, podpis)