

.....
imię (imiona) i nazwisko.....
PESEL**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny,
nie podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

dzieci do lat 18,

dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane
na równi – bez ograniczenia wieku

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Numer PESEL
1				
2				
3				
4				
5				

dzieci od 18 – 26 lat uczące się

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Numer PESEL
1				
2				
3				

współmałżonek**wstępni** pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Numer PESEL
1				
2				

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu
zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić urząd pracy.

.....
data i podpis wnioskodawcy

INFORMACJA DLA OSÓB BEZROBOTNYCH W SPRAWIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Zgodnie z zapisem ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zmianami), osoby bezrobotne (oraz członkowie ich rodzin) zgłaszane są przez powiatowe urzędy pracy do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Osoby bezrobotne zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego w urzędzie pracy **mają obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny w terminie 7 dni** od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodzin uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Bezrobotny, który zgłosił do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jest zobowiązany do powiadomienia urzędu pracy o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

Bezrobotny będący ubezpieczonym, który nie informuje urzędu pracy o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny – **podlega karze grzywny.**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią informacji.

.....
data i podpis