Zgłoszenie*/Zmiana*/do ubezpieczenia zdrowotnego

OŚWIADCZENIE

dla celów ustalenia uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

Na podstawie art. 66 ust. 1 i ust. 2, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 (Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ja: Nazwisko i Imię bezrobotnego _____

Adres zamieszkania _____

PESEL _____ Dowód osobisty seria _____ Nr _____

Nazwa oddziału NFZ_____

Oświadczam, że posiadam inny tytuł do objęcia ubezpieczenia zdrowotnego **TAK/NIE***

Inny tytuł: [*właściwe podkreślić*]

1. mam prawo do renty rodzinnej
2. podlegam ubezpieczeniu rolniczemu w KRUS
3. posiadam uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych

Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia **TAK/NIE***

Za członków rodziny uważa się:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, 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,
- małżonka,
- wstępnych (rodzice, dziadkowie) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

lp.	Nazwisko i Imię	Data urodzenia	PESEL	Pokrewieństwo	Miejsce pracy – nauki	niepełnosprawność: stopień oraz data od do

- wymienieni członkowie rodziny zamieszkują pod w/w adresem zamieszkania **TAK/NIE***
- pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym **TAK/NIE***

Uwaga! Nie podanie wszystkich informacji o członkach rodziny skutkuje nie zgłoszeniem ich do ubezpieczenia.

**niepotrzebne skreślić*

_____ (podpis pracownika PUP)

_____ (data i czytelny podpis bezrobotnrgo)