..... Wałbrzych, dnia.....

imię i nazwisko

.....

(adres zameldowania)

Numer pesel

WNIOSEK

Składam wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu oraz AKTY URODZENIA DZIECI.

W PRZYPADKU, GDY DZIECKO UKOŃCZYŁO 18 LAT I NADAL SIĘ UCZY WYMAGANE JEST ZAŚWIADCZENIE ZE SZKOŁY LUB OŚWIADCZENIE O KONTYNUOWANIU NAUKI W DANYM ROKU SZKOLNYM / AKADEMICKIM.

Lp.	*Nazwisko i imię*	*Data urodzenia*	*Stopień pokrewieństwa*	*Adres zamieszkania*	*Numer PESEL*	*Stopień niepełno-sprawności**	*Czy jest zarejestrowany jako bezrobotny [TAK/NIE]*
1							
2							
3							
3							
4							
5							

Za członków rodziny uważa się:

a) dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w stopniu znacznym- bez ograniczenia wieku,

b) dzieci uprawnione do renty rodzinnej,

c)małżonka,

d) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. O wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Wałbrzychu (lub jego odział zamiejscowy).

***NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**

.....

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)