

Walbrzych, 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.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Adres zamieszkania</i>	<i>Numer PESEL</i>	<i>Stopień niepełnosprawności*</i>	<i>Czy jest zarejestrowany jako bezrobotny [TAK/NIE]</i>
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, pradiadków) 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 Walbrzychu (lub jego oddział zamiejscowy).

*Należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)