**.................................................................................... 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 | NumerPESEL | 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,**

1. **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 )**