

Siedlce, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Siedlcach**

**WNIOSEK
o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia**

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego - NFZ następujących członków rodziny:

Lp.	imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa członka rodziny z osobą bezrobotną (wpisać np. syn, córka, mąż, żona)	Czy członek rodziny posiada inny tytuł do objęcia ubezpieczeniem (wpisać TAK lub NIE)	Czy członek rodziny posiada stopień niepełnosprawności (wpisać TAK lub NIE)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

INFORMACJA

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 będący ubezpieczonym, który zgłosił do ubezpieczenia członka rodziny, ma obowiązek poinformować powiatowy urząd pracy o okoliczności powodującej konieczność wyrejestrowania, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności. Ubezpieczonemu, który nie dopełnił powyższego obowiązku grozi kara grzywny.

Za członka rodziny uważa się:

- dziecko** własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat. Jeśli dziecko kontynuuje naukę po ukończeniu 18 lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 lat. Po tym czasie, o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia w NFZ. Dziecko *posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi* może być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.
- małżonka** – mąż, żona,
- wstępnych** (rodziców, dziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zostałem pouczony, że podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy powoduje odpowiedzialność na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

.....
(czytelny podpis składającego wniosek)

Zmiany w sytuacji rodzinnej mające wpływ na uprawnienia do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

/zmiany zgłoszone przez osoby bezrobotne, podjęte decyzje, potwierdzenie odbioru informacji, itp./

Data zgłoszenia zmiany	Podjęcie decyzji zgłoszenie/wyrejestrowanie Krótki opis zmiany	Podpis osoby zgłaszającej zmianę	Podpis pracownika PUP