………………..………………………………………………… Siedlce, dnia …….……………………………………

(imię i nazwisko)

.....................................................................

numer PESEL

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Siedlcach**

**WNIOSEK**

**o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego - NFZ następujących członków rodziny,   
**nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Stopień pokrewieństwa** | **Czy zamieszkuje wspólnie**  **z wnioskodawcą?**  **(TAK / NIE)** | **Czy członek rodziny posiada stopień niepełnosprawności \***  **(TAK / NIE)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*) należy okazać do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Oświadczenie o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.** Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Siedlcach o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny, w tym o podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskania innego tytułu do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub o zakończeniu nauki przez zgłoszone przeze mnie dziecko, które ukończyło 18 rok życia, zmiany stopnia niepełnosprawności w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.

**POUCZENIE:**

Zgodnie z art. 193 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej1:

„Kto (…) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (…) podlega karze grzywny.”

.........................................................

(data i podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA:

**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, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,.
* **małżonka**– mąż, żona,
* **wstępnych** pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.[[1]](#footnote-1)

**Ważne!** Dziadkowie mogą zgłosić wnuka tylko wtedy, gdy żaden z jego rodziców nie jest:

* objęty obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym,
* uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek;
* objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

**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 |
|  |  |  |  |

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [↑](#footnote-ref-1)