

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Dane osoby zarejestrowanej w urzędzie pracy :

NAZWISKO I IMIONA

NR PESEL.....

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Numer PESEL</i>	<i>Orzeczenie o niepełnosprawności</i>	<i>Miejsce nauki dziecka</i>

**** numer PESEL dla dzieci do lat 18 należy ustalić w Ewidencji Ludności**

.....
Data

.....
Podpis składającego oświadczenie

UWAGA:

Należy podać:

- dzieci do lat 18. Dzieci od lat 18 do 26 jeżeli się uczą i nie pracują,
- dzieci bez względu na wiek, jeżeli są niepełnosprawne,
- małżonka, jeżeli nie jest zatrudniony, nie pobiera renty, emerytury.

Oświadczenie proszę wypełnić czytelnie i osobiście dostarczyć do Urzędu Pracy w ciągu 3_dni W przypadku nie dostarczenia w/w oświadczenia członkowie rodziny nie zostaną zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego.