**WNIOSEK**

**W CELU OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY**

**Dane osoby zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy**:

1. Imię i nazwisko ……………………………………………….……………………………………………………………

2. Numer PESEL ……………………………………………………………………………………………………………....

3. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………..…………………………….

Oświadczam, że następujący członkowie rodziny spełniają warunki do objęcia ich ubezpieczeniem zdrowotnym jako członków rodziny osoby ubezpieczonej, dlatego też wnioskuję o objęcie ich ubezpieczeniem zdrowotnym w Kujawsko-Pomorskim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia:

**DANE RODZINY, KTÓRĄ CHCEMY ZGŁOSIĆ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | **POKREWIEŃSTWO** | **DATA URODZENIA** | **NUMER PESEL** | **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | **DATA ZAKOŃCZENIA NAUKI** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

Należy podać:

-dzieci do lat 18-stu

-dzieci od 18-stu do 26 lat, jeżeli się uczą i nie pracują,

-dzieci bez względu na wiek, jeżeli posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

-małżonka, jeżeli nie jest nigdzie zatrudniony, nie pobiera renty lub emerytury lub nie jest zarejestrowany

jako osoba bezrobotna

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

**Zobowiązuję się do zgłaszania wszelkich zmian dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia członków mojej rodziny.**

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

MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS BEZROBOTNEGO