

.....

Imię i nazwisko

Powiatowy Urząd Pracy w Jarocinie

.....

adres

W N I O S E K

I. Wnioskuje o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

L.p.	Nazwisko i imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Znaczny stopień niepełnosprawności TAK/NIE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Jarocinie.

II. Zobowiązuję się do powiadomienia PUP w Jarocinie o nabyciu przez współmałżonka lub członka mojej rodziny

prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przez mnie osób.

POUCZENIE

1/ Zgodnie z obowiązującą ustawą z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez członka rodziny należy rozumieć:

- 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 kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowanie na równi – bez ograniczenia wieku.
- małżonka,
- wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym,

2) Urząd Pracy nie weryfikuje z urzędu uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.

O wszelkich zmianach obowiązany jest powiadomić PUP zgłaszający do ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku zgłaszania członka rodziny z niepełnosprawnością należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności.

.....

.....
Data, imię i nazwisko składającego oświadczenie

Podpis i pieczęć pracownika