

### Wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu:

Lp.	Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Numer PESEL	Stopień niepełności**	Kontynuacja nauki przez dziecko po 18 roku życia Tak/Nie*	Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

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

O wszelkich zmianach dotyczących ubezpieczenia mojego i członków mojej rodziny zobowiązuję się informować Powiatowy Urząd Pracy w Węgrowie.

**Uwaga! W przypadku zakończenia nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia niezwłocznie powiadomię tutejszy urząd.**

.....  
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

.....  
(data i czytelny podpis pracownika)

**Do wniosku należy dołączyć:**

- **zaświadczenie ze szkoły potwierdzające pobieranie przez dziecko nauki**  
(w przypadku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka powyżej 18 roku życia – do ukończenia 26 lat)

**\*wpisać prawidłowe**

**\*\*należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełności**