

.....
(nazwisko i imię bezrobotnego) (adres zameldowania bezrobotnego) Nr FK.....

.....
(numer PESEL bezrobotnego)

Oświadczenie bezrobotnego

Wnoszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia
od dnia

Zgłoszenie do Ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny:

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny
od dnia

l.p.	Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewie ństwa	Adres zamieszkania członka rodziny	PESEL	Orzeczony stopień niepełno- sprawności
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. O wystąpieniu zmian, mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia, niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Leżajsku.

.....
(podpis pracownika przyjmującego
oświadczenie)

.....
(data i czytelny podpis osoby bezrobotnej)

Adnotacje urzędowe pracownika dokonującego zgłoszenia:

W/w osoby zostały/nie zostały* zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego z dniem
z powodu

.....
.....

.....
(data i podpis pracownika PUP dokonującego zgłoszenia)

Informacja:

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako osoba bezrobotna podlegają:

bezrobotni nie podlegający ubezpieczeniu zdrowotnego z innego tytułu np. z tytułu renty rodzinnej, jako rolnik w KRUS. Ubezpieczony ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny – jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ani osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia państw Unii Europejskiej. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić urząd pracy o nabyciu lub utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny. Jeżeli oboje rodzice są ubezpieczeni, to dziecko zgłasza do ubezpieczenia tylko jedno z nich.

Członek rodziny to następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończeniu przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi bez ograniczenia wieku,
- b) małżonek,
- c) wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Uwaga: osoba pracująca a także student po 26 roku życia nie może już być „dzieckiem” w rozumieniu ustawy. O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PUP w Leżajsku. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....
(data i czytelny podpis osoby bezrobotnej)