Powiatowy Urząd Pracy

w Suchej Beskidzkiej

**ZGŁOSZENIE**

dla celów ustalenia prawa i zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny osoby

 bezrobotnej

(wypełnia bezrobotny)

Imię i nazwisko ………………………………..…………PESEL……………………………………

Adres ……………………………………………………….…………………………………………

Zwracam się z prośba o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny;

**Dane osobowe członków rodziny bezrobotnego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Pokrewień-stwo | PESEL | Adres | Stopień niepełno-sprawności\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

Członkami rodziny są następujące osoby;

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat życia, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczeń wieku,

- małżonek

- krewni wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym,

- za członka rodziny uważa się także dzieci uprawnione do renty rodzinnej.

Kontynuowanie nauki przez dziecko po 18tym roku życia należy udokumentować zaświadczeniem ze szkoły lub oświadczeniem.

\*orzeczenie do wglądu

……………………………………. …………………………………………

(podpis pracownika przyjmującego oświadczenie) (data i podpis osoby bezrobotnej)

**Zmiany dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny .**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data zgłoszenia zmiany** | **Treść zmiany** | **Podpis osoby bezrobotnej** | **Podpis pracownika** |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |