

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 prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny;

### Dane osobowe członków rodziny bezrobotnego

Imię i Nazwisko	Pokrewieństwo	PESEL	Adres	Stopień niepełnosprawności*

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)

