

Wniosek zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodziny osoby bezrobotnej

Nazwisko i imię bezrobotnegoPESEL

Adres zamieszkania.....

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 KK, „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym niżej wymienionych członków rodziny* pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i nie podlegających ubezpieczeniu w ZUS-ie, w KRUS-ie, z tytułu zatrudnienia lub z innego tytułu.

Zgłoszenie członków rodziny:

Nazwisko i imię	PESEL	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa*	Stopień niepełnosprawność	Uczeń – wpisać TAK lub NIE (należy podać do której klasy uczęszcza obecnie oraz ilu letnia nauka)

*przez członka rodziny należy rozumieć:

1. Dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli się kształci dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawny w znacznym stopniu –bez ograniczenia wieku.
2. Małżonka.
3. Krewnych wstępnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia.

Zostałam/em poinformowany o obowiązku powiadomienia Urzędu Pracy o kontynuacji nauki przez moje dzieci powyżej 18-go roku życia przed rozpoczęciem kolejnego roku nauki.

W przypadku braku powyższej informacji ubezpieczenie zdrowotne członka rodziny ulegnie wygaśnięciu z dniem 01 września 2023 w przypadku szkół średnich lub 01 października 2023 w przypadku szkół wyższych.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz o danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Urząd Pracy.

Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:

(data i czytelny podpis osoby bezrobotnej)