Zgorzelec, dnia ……………..……………….

………………………………………………..

(imię i nazwisko) Data (dd/mm/rrrr)

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(PESEL)

……………………………………………….. **Powiatowy Urząd Pracy**

(numer telefonu) ul. Pułaskiego 14

59-900 Zgorzelec

**ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY BEZROBOTNEGO**

Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego w brzmieniu:" Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 "- oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia - **proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez inne osoby lub z innego tytułu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Stopień pokrewień- stwa | Adres zamieszkania | Numer PESEL | Stopień niepełno- sprawności **\*** | Kontynuacja  nauki przez  dziecko  po 18  roku życia\*  TAK/NIE**\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.**

...................................................................

(podpis bezrobotnego)

Przyjął:.................................................

dnia: .....................................................

**\* należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie**

**o kontynuacji nauki przez pełnoletnie dziecko**

**Pouczenie:**

Za członków rodziny uważa się:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, a jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

b)małżonka,

c) wstępnych (ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego może zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez inne osoby lub z innego tytułu. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Płatnik (urząd pracy) nie ponosi odpowiedzialności za brak zgłoszenia lub dokonania go w sposób nieprawidłowy z uwagi na nieprawdziwe dane podane przez ubezpieczonego. Zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego następuje od dnia złożenia wniosku.

W przypadku, gdy członek rodziny zgłoszony przez bezrobotnego do ubezpieczenia zdrowotnego nabędzie prawo do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. zatrudnienie, podjęcie pracy za granicą, przerwanie nauki przez  dziecko powyżej 18 roku życia lub utratę statusu studenta), taki fakt należy zgłosić w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zgorzelcu w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności w celu wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego ( ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych).

**Wypełnia Pracownik Powiatowego Urzędu Pracy w Zgorzelcu:**

**Informacje zawarte w orzeczeniu zweryfikowano na podstawie:**

Przedstawionego do wglądu orzeczenia o numerze ………………………………………. wydanym w dniu ……………………. przez ………………………………….………………………………………………………………………………. postanawiającym zaliczyć Pana/Panią ………………………………………do stopnia niepełnosprawności ……………………………, ustalonym w okresie od dnia……………. **€** do dnia ………………… **€** na stałe. Ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji: € wymaga € nie wymaga

**Informacje zawarte w zaświadczeniu zweryfikowano na podstawie:**

Przedstawionego do wglądu zaświadczenia wydanym w dniu …………… przez ………………….............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

poświadczające naukę …………………………………………………………… w roku szkolnym/akademickim ………………....

(mię i nazwisko)

**…………………………………………..**

(data, podpis pracownika PUP)