

Jarosław, dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
(adres zameldowania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer pesel

## WNIOSEK

**Składam wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu.**

<i>Lp.</i>	<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Adres zamieszkania</i>	<i>Numer PESEL</i>	<i>Stopień niepełnosprawności *</i>
1						
2						
3						
3						
4						
5						

**Za członków rodziny uważa się:**

- a) dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w stopniu znacznym- bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. O wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Jarosławiu.**

\* Należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....  
(czytelny podpis osoby składającej wniosek )