

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

Zgodnie z art. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) przez członka rodziny rozumie się:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Pesel

Zostałem pouczony(a) o złożeniu oświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k. za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis bezrobotnego

Dąbrowa Górnicza,

imię i nazwisko

PESEL: _____

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE ZASIŁKU LUB INNYCH ŚWIADCZEŃ
Z TYTUŁU BEZROBOCIA**

Proszę o przekazanie należnego zasiłku lub innego świadczenia z tytułu bezrobocia

na rachunek bankowy numer _____

lub z wykorzystaniem e-czeku realizowanego przez Getin Bank oddział w Dąbrowie Górniczej ul. Reymonta 19.*

.....
podpis pracownika PUP

.....
podpis osoby bezrobotnej

* niepotrzebne skreślić

