

.....
.....
.....
/imię i nazwisko oraz adres bezrobotnego/

PESEL:.....

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w Nakle nad Notecią**

ZGŁOSZENIE/ WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

Wnoszę o zgłoszenie/wyrejestrowanie od dnia niżej wymienionych członków rodziny:

	Nazwisko i imię członka rodziny	PESEL	stopień pokrewieństwa	stopień niepełnosprawności	Data lub okres powstania stopnia niepełnosprawności
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Informacja

- Członkowie rodziny uzyskują prawo do opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego po dostarczeniu dokumentów:
a) dziecko - aktu urodzenia lub dowodu osobistego (do wglądu), zaświadczenia ze szkoły/uczelni w przypadku dzieci powyżej 18r. ż
b) małżonek - dowodu osobistego (do wglądu)
- Za członków rodziny uważa się:
 - 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,
 - Małżonka
 - Wstępnych
- Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny – w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia (np. od dnia ustania zatrudnienia przez członka rodziny, jeżeli nie będzie innego tytułu do ubezpieczenia).
- Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia, ma obowiązek powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Nakle nad Notecią o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności (np. zgłoszone dziecko powyżej 18 roku życia przestało być uczniem, zgłoszony małżonek podjął zatrudnienie lub zarejestrował się, jako osoba bezrobotna).
- Wyrejestrowania z ubezpieczenia dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Data wpływu.....

Podpis pracownika urzędu.....

.....
Data i czytelny podpis wypełniającego