

.....
(imię i nazwisko osoby bezrobotnej)

Adres zamieszkania:

.....
(ulica i numer domu lub mieszkania)



.....
(kod pocztowy)

.....
(miejscowość zamieszkania)

PESEL : _____ Nr paszportu lub karty pobytu ¹

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY OSOBY BEZROBOTNEJ

Wniosuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia----- _____nżej wymienionych
członków rodziny :

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Stopień pokre- wieństwa	Data końca nauki ²	Adres zamieszkania ³
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny i osoby przysposobione, pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu, a ponadto krewni wstępni (ojciec, matka, dziadek, babka,) wymienieni w pkt.....pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Oświadczam, że po wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Gdańskim.

.....
(czytelny podpis osoby bezrobotnej)

¹ Podać w przypadku braku numeru PESEL

² Podać w przypadku gdy dziecko ukończyło 18 lat

³ Podać jeśli jest inny niż adres zamieszkania osoby wnioskującej

Akt urodzenia dziecka - załączyć do wniosku dla dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia po raz pierwszy.