

.....  
Nazwisko i imię osoby bezrobotnej

.....  
PESEL

## Powiatowy Urząd Pracy w Lesznie

### WNIOSEK

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu, nie podlegające ubezpieczeniu z innego tytułu:

<i>L.p.</i>	<i>Imię i Nazwisko</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>PESEL</i>	<i>Data zgłoszenia do ubezpieczenia*</i>	<i>Podpis pracownika PUP*</i>
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

\* *wypełnia pracownik PUP*

Zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Lesznie o nabyciu przez członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa moje ubezpieczenie oraz zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

O wszelkich zmianach zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Lesznie.

.....  
data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

– dotyczy dziecka, które ukończyło 18 rok życia

Leszno, dnia .....

.....  
Nazwisko i Imię osoby bezrobotnej

.....  
PESEL

### O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że moja córka /mój syn \* ....., ur. ....

uczęszcza do szkoły: (podać nazwę szkoły)

.....  
Planowany czas końca nauki .....(podać datę ukończenia szkoły)

*Zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Lesznie o przerwaniu nauki przez dziecko lub o nabyciu przez niego prawa do ubezpieczenia z innego tytułu (np. podjęcia pracy, rejestracji w powiatowym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, podleganiu ubezpieczeniu w KRUS lub ZUS).*

.....  
podpis osoby bezrobotnej