………………………………………………. Wejherowo, dnia …………………….

……………………………………………….

……………………………………………….

(imię, nazwisko, adres, tel. osoby bezrobotnej) **POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W WEJHEROWIE**

**PESEL I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

# ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

**Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia …………………………… niżej wymienionych członków rodziny:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **NAZWISKO I IMIĘ CZŁONKA RODZINY** | DATA URODZENIA | **PESEL** | STOPIEŃ  POKREWIEŃ-  STWA | ADRES ZAMIESZKANIA | **STOPIEŃ**  **NIEPEŁNO- SPRAWNOŚCI** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt. ……. pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie jest objęty obowiązkiem ubezpieczenia.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Wejherowie.

…………………………... ………………………….

podpis osoby przyjmującej podpis osoby bezrobotnej