



Powiatowy
Urząd Pracy
w Lesznie

.....
Nazwisko i imię osoby bezrobotnej

.....
*PESEL (w przypadku jego braku
– rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)*

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 tutaj. Urząd.

.....
data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

dotyczy dziecka, które ukończyło 18 rok życia

Leszno, dnia

.....
Nazwisko i imię osoby bezrobotnej

.....
*PESEL (w przypadku jego braku
– rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)*

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, zakończeniu 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