

Imię i nazwisko

Adres

.....

PESEL

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OŚWIADCZENIE

1. Wnioskuje o zgłoszenie mnie do Narodowego Funduszu Zdrowia z dniem

2. Wnioskuje o zgłoszenie z dniem następujących członków rodziny:

L p.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania(wypełnić w przypadku adresu innego niż bezrobotny)	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Numer PESEL	Stopień niepełności
1.					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2.					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3.					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4.					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5.					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
6.					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, co następuje:

1. Krewni wstępni (rodzice, dziadkowie) wymienieni w pkt pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Zarówno ja , jak i zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie rodziny w żadnym z krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego poza Polską
 - nie jesteśmy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym
 - nie podlegamy ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członkowie rodziny osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym
 - nie prowadzimy działalności gospodarczej i nie jesteśmy zatrudnieni
 - nie pobieramy świadczenia emerytalnego i rentowego
3. **O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuje się zawiadomić nie później niż w ciągu 7 dni Powiatowy Urząd Pracy.**

Informacja:

1. Za członków rodziny uważa się:
 - a) 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 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
2. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu oraz członkowie ich rodzin zgłoszeni do ubezpieczenia w urzędzie pracy.
3. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wygasa z dniem utraty statusu bezrobotnego.

.....

(data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....

(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)