

.....
Nazwisko i imię

OŚWIADCZENIE

.....
PESEL

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

2. Wnioskuje o zgłoszenie z dniem następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu:

Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL	Stopień niepełnosprawności
1.					
2.					
3.					
4.					

Świadomy/a i uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2024r. poz.17) oświadczam, że o wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się zawiadomić nie później niż w ciągu 7 dni Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie.

Wymagane dokumenty do zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego:

- dzieci powyżej 18 roku i młodzież studiująca do 26 roku życia – aktualne zaświadczenie o kontynuowaniu nauki,*
- osoby niepełnosprawne ze znacznym stopniem niepełnosprawności pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego - dokument potwierdzający stopień niepełnosprawności.

Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
data i podpis osoby bezrobotnej

***Po zakończeniu roku szkolnego konieczne jest dostarczenie kolejnego zaświadczenia w celu przedłużenia ubezpieczenia zdrowotnego**