

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

**Powiatowy Urząd Pracy
w Augustowie**

**WNIOSEK
o zgłoszenie/ wyrejestrowanie * członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie/wyrejestrowanie * członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

z dniem :

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Adres zamieszkania:

4. Stopień pokrewieństwa

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X„)

współmałżonek ,

dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka,

inny (jaki?)

5. Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną ?

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź X)

TAK

NIE

6. Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny :

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź X)

nie dotyczy

lekki, umiarkowany, znaczny *

niepełnosprawność stwierdzona przed 16 rokiem życia

7. Dziecko powyżej 18 roku życia :

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź X)

nie dotyczy

kontynuuje / nie kontynuuje * naukę:

.....
(nazwa szkoły lub uczelni)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym .Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
Zobowiązuję się do niezwłocznego (najpóźniej w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności) powiadomienia w przypadku zmiany danych podanych w powyższym wniosku

.....
data i podpis ubezpieczonego

.* niepotrzebne skreślić