**WNIOSEK**

**W CELU OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY**

**Dane osoby zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy**:

1.Nazwisko i imię ……………………………………………….……………………………………………………………

2.Numer PESEL ……………………………………………………………………………………………………………....

3.Adres zamieszkania ………………………………………………………………………..…………………………….

Oświadczam, że następujący członkowie rodziny spełniają warunki do objęcia ich ubezpieczeniem zdrowotnym jako członków rodziny osoby ubezpieczonej, dlatego też wnioskuję o objęcie ich ubezpieczeniem zdrowotnym w Kujawsko-Pomorskim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia:

**DANE RODZINY KTÓRĄ CHCEMY ZGŁOSIĆ DO UBEZPIECZENIEA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO I IMIĘ** | **POKREWIEŃSTWO** | **DATA URODZENIA** | **NUMER PESEL** | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

Należy podać:

-dzieci do lat 18-stu

-dzieci od 18-stu do 26 lat, jeżeli się uczą i nie pracują,

-dzieci bez względu na wiek, jeżeli posiadają orzeczenie o znacznym stopniuniepełnosprawności

-małżonka, jeżeli nie jest nigdzie zatrudniony, nie pobiera renty lub emerytury lub niejest zarejestrowany

jako osoba bezrobotna

**W przypadku niedostarczenia w/w wniosku, bądź podania nieprawidłowych lub niepełnych danych członkowie rodziny nie zostaną zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego.**

…………………………………… …………………………………… …………………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS BEZROBOTNEGO