

# WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

## I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Nazwisko ..... Nr FK .....
2. Imię .....
3. Data urodzenia ..... Stan cywilny .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Jestem bezrobotnym:
  - a) z prawem do zasiłku
  - b) bez prawa do zasiłku
6. Całkowita powierzchnia gosp. rolnej wynosi ..... ha przeliczeniowych  
..... ha fizycznych
7. Podlegam/nie podlegam\* ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, w tym jako:
  - właściciel lub domownik nieruchomości rolnej .....
  - uczeń, student .....
  - inny tytuł .....

Będąc osobą niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, upoważniam Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie do zgłoszenia mnie do Oddziału Podkarpackiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKÓW RODZINY POZOSTAJĄCYCH NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU

**Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:**

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia i nr Pesel	Adres zamieszkania	Data ukończenia szkoły**

Z wyżej wymienionych osób orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności** posiada:

1. .... do dnia .....  
(imię i nazwisko) (podać datę wskazaną w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności)

\*właściwe zaznaczyć

\*\* wpisać w przypadku dziecka pełnoletniego uczącego się

## ***POUCZENIE***

Osobę bezrobotną niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. w ZUS – z tytułu pobierania renty rodzinnej, KRUS – z tytułu bycia rolnikiem) zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Powiatowy Urząd Pracy.

Osoby zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.

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

Przez członków rodziny należy rozumieć następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, 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;

- małżonek;

- krewny wstępny (tj. matka, ojciec, dziadkowie) pozostający z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objęty obowiązkiem ubezpieczenia.

Do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodziny wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.

**Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią pouczenia.**

**O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie.**

**Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Urzędu Pracy w Strzyżowie o wszelkich okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego wskazanych w niniejszym wniosku członków mojej rodziny – w terminie do 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności (m.in. o zakończeniu nauki przez osobę, która ukończyła 18 lat; o podjęciu pracy, w tym również w trakcie nauki; o nabyciu statusu bezrobotnego itp.)**

**Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

.....

miejsce i data

.....

czytelny podpis osoby bezrobotnej