……..……

……..

……..

……..
/imię i nazwisko oraz adres bezrobotnego,
telefon kontaktowy/

PESEL I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Wejherowo, dnia ……..…

POWIATOWY URZĄD PRACY
W WEJHEROWIE

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od …….. niżej wymienionych członków rodziny:

LP	NAZWISKO I IMIĘ CZŁONKA RODZINY	DATA URODZENIA	PESEL	STOPIEŃ POKREWIEŃ-STWA	ADRES ZAMIESZKANIA	STOPIEŃ NIEPEŁNO-SPRAWNOŚCI
1						
2						
3						
4						
5						

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt. ……. pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie jest objęty obowiązkiem ubezpieczenia.
O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Wejherowie.

…….
podpis osoby przyjmującej

……
czytelny podpis