………………………………………………. Wejherowo, dnia …………………….

……………………………………………….

……………………………………………….

(imię, nazwisko, adres, tel. osoby bezrobotnej) **POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **W WEJHEROWIE**

**PESEL I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

# ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

**Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia …………………………… 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 podpis osoby bezrobotnej