

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania bezrobotnego)

.....
(numer PESEL)

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewi eństwa	Data urodzenia	PESEL	Nazwa szkoły i miejscowość	Stopień niepełn ospraw ności

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wym. wyżej pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia (np. zmiana nazwiska, adresu, zaprzestania nauki przez dziecko, podjęcie zatrudnienia przez członka rodziny) powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu.

.....
(data, podpis i pieczęćka pracownika przyjmującego)

.....
(data i podpis bezrobotnego)