

Grójec, dniar.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

.....

Powiatowy Urząd Pracy w Grójcu
ul. Laskowa 4a, 05-600 Grójec

ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

(WYPEŁNIJ CZYTELNIE!)

Jeśli dziecko kontynuuje naukę po ukończeniu 18 lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny (**MUSISZ DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE ZE SZKOŁY POTWIERDZAJĄCE DAŁSZĄ NAUKĘ DZIECKA, A NASTĘPNIE CO ROK, WE WRZEŚNIU DOSTARCZYĆ AKTUALNE ZAŚWIADCZENIE LUB WŁASNE OŚWIADCZENIE**) nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 roku życia.

Oświadczam, że zgłaszani członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności jeśli posiada)

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności jeśli posiada)

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności jeśli posiada)

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności jeśli posiada)

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności jeśli posiada)

Zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Grójcu o zmianach dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego oraz członków rodziny.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146)

.....
własnoręczny podpis bezrobotnego

Powiatowy Urząd Pracy w Grójcu
nr ew. bezrobotnego
przyjęto dnia
podpis pracownika PUP

Powiatowy Urząd Pracy w Grójcu
wprowadzono dnia
podpis pracownika PUP