

Kępno, dnia.....

.....  
(Imię Nazwisko)

.....  
(adres)

## ***Powiatowy Urząd Pracy w Kępnie***

Proszę o zgłoszenie członków rodziny do mojego ubezpieczenia zdrowotnego:

*Przez członków rodziny zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uznaje się:*

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, 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,
- małżonka,
- wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

<b>L.p</b>	<b>Nazwisko Imię</b>	<b>PESEL</b>	<b>Pokrewieństwo</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			

***W przypadku ukończenia przez dziecko 18 roku życia oraz każdorazowo po rozpoczęciu roku szkolnego lub akademickiego zobowiązuje się do złożenia oświadczenia o kontynuowaniu nauki celem przedłużenia podlegania ubezpieczeniu danego członka rodziny.***

W przypadku jakichkolwiek zmian dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin (np. podjęcia pracy przez małżonka lub zaprzestanie nauki dziecka powyżej 18 roku życia) zobowiązuje się poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Kępnie.

.....  
czytelny podpis bezrobotnego