

Gliwice, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(data urodzenia i numer PESEL)

.....
(adres zameldowania lub zamieszkania)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Gliwicach**

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w Śląskim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia następujących członków rodziny:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL	Adres zamieszkania (wpisać jeżeli jest inny niż wnioskodawcy)	Stopień niepełnosprawności*	Czy kształci się?

*) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się do poinformowania tutejszego Urzędu o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny, w tym o podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskania przez moich członków rodziny innego tytułu do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub o zakończeniu nauki przez zgłoszone przeze mnie dziecko, które ukończyło 18 rok życia, zmiany stopnia niepełnosprawności **w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.**

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

Zgodnie z art. 193 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2004r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) *Kto (...) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (...) **podlega karze grzywny.***"

INFORMACJA

Zgodnie z art. 193 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2004r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uznaje się :

- 1) **dziecko** własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej:
 - a) **do ukończenia 18 lat**;
 - b) **dziecko powyżej 18 roku życia**, które kształci się, nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;
 - c) **każde dziecko (bez względu na wiek)**, które posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi.
- 2) **małżonka**;
- 3) **krewnych wstępnych**, pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Od 1 stycznia 2013 r. dziadkowie mogą zgłaszać wnuki, tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)