Głubczyce, dnia…………………….

………………………………………………………………..

Imię i nazwisko wnioskodawcy

………………………………………………………………..

PESEL wnioskodawcy

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

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny nie posiadających ubezpieczenia z innego tytułu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | PESEL | Data urodzenia | Adres zamieszkania | Stopień pokrewieństwa | Stopień niepełnosprawności\* (jeżeli orzeczono) | Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym?(TAK/NIE) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uważa 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 ograniczeń wieku,
* małżonka,
* wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny **należy dołączyć:**

* do wglądu akt urodzenia,
* do wglądu odpis aktu małżeństwa,
* zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia.

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

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

**………………………………………………………………**

Data i podpis wnioskodawcy