..... Proszowice, dnia.....
imię i nazwisko

.....
(adres zameldowania)

Numer pesel

W N I O S E K

Składam wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu.

Lp.	*Nazwisko i imię*	*Data urodzenia*	*Stopień pokrewieństwa*	*Adres zamieszkania*	*Numer PESEL*	*Stopień niepełno-sprawności**
1						
2						
3						
3						
4						
5						

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z póź. zm.) członkiem rodziny może być:

1) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
   - do ukończenia 18 lat,
   - do ukończenia 26 lat (jeżeli kształci się dalej),
   - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
2) małżonek,
3) krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. O wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Proszowicach

*Należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)