

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BEZROBOTNEJ

DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Imiona i nazwisko

Data urodzenia i PESEL

Adres zamieszkania

data i podpis składającego oświadczenie

DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ZGŁASZAM NASTĘPUJĄCYCH CZŁONKÓW RODZINY

Lp.	Imię i nazwisko/ Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku innego niż ubezpieczający)	Data urodzenia	PESEL	Szkoła do której uczęszcza dziecko - rok nauki (dot. dzieci powyżej 18 roku życia)	Stopień niepełno- sprawności
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy, w szczególności o:

- kontynuacji lub zakończeniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia;
- o podjęciu pracy lub działalności gospodarczej przez członka rodziny;
- podleganiu członka rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.