...................................................................................................... Mińsk Mazowiecki, dnia ………………………………….

(imię i nazwisko ubezpieczonego; data urodzenia)

**Powiatowy Urząd Pracy**

...................................................................................................... **ul. Przemysłowa 4**

(adres zamieszkania) **05-300 Mińsk Mazowiecki**

**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY BEZROBOTNEGO**

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego – NFZ następujących członków mojej rodziny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i  nazwisko | Data  urodzenia | PESEL | Miejsce  zamieszkania\* | Stopień  pokrewieństwa  członka rodziny  (wpisać np. syn,  córka, mąż, żona) | Czy członek rodziny  pozostaje we wspólnym wspólnym gospodarstwie domowym  (wpisać TAK lub NIE) | Czy członek rodziny  posiada stopień  niepełnosprawności  (wpisać TAK lub NIE) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli adres członka rodziny jest taki sam jak bezrobotnego, prosimy zapisać adnotację: „jak wyżej”, a jeśli inny prosimy wpisać adres w rubryce**

**INFORMACJA**

Za członka rodziny, zgodnie z przepisami ustawy o NFZ, rozumie się następujące osoby niepodlegające temu ubezpieczeniu z innego tytułu, tj.:

**a)** dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

**b)** małżonka,

**c)** wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

**Płatnik składek zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny pod warunkiem, że stosownego zgłoszenia nie dokonał  współmałżonek  bezrobotnego.**

1. Bezrobotny, w stosunku do którego wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny. Ubezpieczenie wygasa po upływie 30 dni od ustania tytułu do ubezpieczenia.
2. Bezrobotny, który zgłosił do NFZ członków rodziny, jest obowiązany poinformować  o okolicznościach powodujących  konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności. Okolicznościami, które powodują konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego są okoliczności, jak: uzyskanie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zawarcie umowy o pracę lub umowy zlecenia, rozpoczęcie pozarolniczej działalności, zarejestrowanie się w urzędzie pracy jako bezrobotny), ukończenie 18 roku życia przez dziecko osoby ubezpieczonej, które nie kontynuuje nauki, skreślenia z listy uczniów albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów, a nie ma orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innego traktowanego na równi czy też inna okoliczność powodująca wygaśnięcie ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

Data, podpis i pieczęć pracownika dokonującego zgłoszenia Podpis osoby bezrobotnej