

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

### Wniosek o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny, nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu:

| Imię i nazwisko | PESEL | Stopień pokrewieństwa | Czy dziecko w wieku powyżej 18 lat kształci się?* (TAK / NIE) | Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeciono) |
|-----------------|-------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                 |       |                       |                                                               |                                              |
|                 |       |                       |                                                               |                                              |
|                 |       |                       |                                                               |                                              |
|                 |       |                       |                                                               |                                              |
|                 |       |                       |                                                               |                                              |
|                 |       |                       |                                                               |                                              |
|                 |       |                       |                                                               |                                              |

\*) do wniosku o zgłoszenie członka rodziny należy dołączyć zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia

### OŚWIADCZENIE:

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

Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Szczytnie 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, zmiany stopnia niepełnosprawności **w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.**

.....  
data i podpis wnioskodawcy

## INFORMACJA

Za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uważa się :

1. **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 18 lat;
  - dziecko powyżej 18 roku życia, które uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej, nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;
  - 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.\***

**Ważne!** Dziadkowie mogą zgłosić wnuka tylko wtedy, gdy żaden z jego rodziców nie jest:

- objęty obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym,
- uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek;
- objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

\*) art. 5 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r., poz. 146 ze zmianami)