

**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 niepełnospra- wności
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
O wszelkich zmianach zobowiązuje 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.