

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

(Przed wypełnieniem Zgłoszenia proszę zapoznać się z **OBJAŚNIENIAMI** znajdującymi się na drugiej stronie formularza.)

1. Dane osoby bezrobotnej zgłaszającej członków rodziny do ubezpieczenia:

Nazwisko:.....

Imię:.....

Ulica, nr domu, nr mieszkania.....

Kod pocztowy..... Miasto:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data zgłoszenia do ubezpieczenia:

2. Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia:

1) Nazwisko:..... Imię.....

Data urodzenia.....

Kod pokrewieństwa:..... Kod niepełnosprawności:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż wyżej wymieniony).....

2) Nazwisko:..... Imię.....

Data urodzenia.....

Kod pokrewieństwa:..... Kod niepełnosprawności:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż wyżej wymieniony).....

3) Nazwisko:..... Imię.....

Data urodzenia.....

Kod pokrewieństwa:..... Kod niepełnosprawności:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż wyżej wymieniony).....

4) Nazwisko:..... Imię.....

Data urodzenia.....

Kod pokrewieństwa:..... Kod niepełnosprawności:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż wyżej wymieniony).....

5) Nazwisko:..... Imię.....

Data urodzenia.....

Kod pokrewieństwa:..... Kod niepełnosprawności:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż wyżej wymieniony).....

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie jest objęty obowiązkowym ubezpieczeniem. O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Toruńskiego.

W związku ze zmianą ustawy o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników, oświadczam iż jestem świadoma/y, że niepodanie numeru PESEL lub podanie błędnego numeru PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia, może być powodem niezgłoszenia tego dokumentu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Czytelny podpis osoby bezrobotnej

.....

OBJAŚNIENIA:

Wszystkie dane proszę wypełnić czytelnie- NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI

W miejscu „Data zgłoszenia do ubezpieczenia”- podajemy datę wypełnienia niniejszego zgłoszenia, ale nie wcześniejszą od daty dostarczenia do Powiatowego Urzędu Pracy dla Powiatu Toruńskiego.

W miejscu „Pokrewieństwo”- należy wpisać jeden z kodów stopnia pokrewieństwa:

01-Małżonek / 11- dziecko własne lub przysposobione / 21- wnuk lub dziecko obce dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej / 30-matka / 31- ojciec / 32-macocha / 33- ojczym / 40- babka / 41- dziadek / 50- osoby przysposabiające osoby ubezpieczone/ /60-inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

W miejscu „Kod niepełnosprawności” należy wpisać jeden z kodów stopnia niepełnosprawności:

- 0- Osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności
- 1- Osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu o niepełnosprawności
- 2- Osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- 3- Osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 4- Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydane osobom do 16 roku