



Powiatowy Urząd Pracy w Tychach

ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy

tel. 32 781 58 61; fax 32 781 58 60

e-mail: poczta@pup.tychy.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-37255-72445-URCRS-14

.....
imię i nazwisko

Tychy, dnia

.....
data urodzenia

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

Wniosuję 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 orzeczono)	Czy zamieszkuje wspólnie z wnioskodawcą? (TAK / NIE)

*) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny należy dołączyć:

- do wglądu akt urodzenia dziecka/dzieci lub dowód osobisty (w przypadku pierwszego zgłaszania);
- do wglądu odpis aktu małżeństwa (w przypadku pierwszego zgłaszania);
- 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 tutejszego Urzędu 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.**

POUCZENIE

Zgodnie z art. 193 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024r. poz. 146 z późniejszymi zmianami):

*„Kto (...) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (...) **podlega karze grzywny.**”*

.....
data i podpis bezrobotnego

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.

Wypełniony wniosek można:

1. złożyć osobiście w Punkcie Informacji – hol – VI piętro (opatrzone własnoręcznym podpisem)
2. przesłać pocztą tradycyjną (opatrzone własnoręcznym podpisem)
3. wysłać podpisany elektronicznie (profilem zaufanym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym) skrzynkę do e-Doręczeń urzędu lub na Indywidualne Konto (poprzez praca.gov.pl)

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