

ZGŁOSZENIE*/ZMIANY* DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

[IMIĘ I NAZWISKO BEZROBOTNEGO ORAZ ADRES ZAMIESZKANIA]

[PESEL]

[SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO]

Oświadczam, że posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego:

TAK*

NIE*

Inny tytuł: (właściwe podkreślić)

1. mam prawo do renty rodzinnej 2. podlegam ubezpieczeniu rolniczemu w KRUS 3. posiadam uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych

CZŁONKOWIE RODZINY BEZROBOTNEGO

Lp.	NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA	PESEL	POKREWIEŃSTWO	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ**	MIEJSCE NAUKI	ZGŁASZAM DO UBEZPIECZENIA TAK/NIE
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

-wymienieni członkowie rodziny zamieszkują*/nie zamieszkują pod wskazanym adresem zamieszkania

-pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym ze mną*

*niepotrzebne skreślić

**zaznaczyć stopień niepełnosprawności - jeśli posiada zaznaczyć TAK

INFORMACJA

DLA OSÓB BEZROBOTNYCH W SPRAWIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wyciąg z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2008r. Nr 164 poz.1027 ze zm.)

Zgodnie z przepisami art. 66 w/cytowanej ustawy obowiązki ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,
- osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

W przypadku każdorazowej zmiany sytuacji rodzinnej bezrobotnego powodującej wyłączenie go z powyższych powodów z ubezpieczenia zdrowotnego – bezrobotny ma prawo złożenia ponownego wniosku o zgłoszenie jego oraz uprawnionych członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.

Za członków rodziny uważa się:

- dziecko własne, dziecko małżonka lub dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi – bez ograniczenia wieku
- małżonka,
- wstępnych (rodzice, dziadkowie) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

[PODPIS PRACOWNIKA PUP]

[DATA I CZYTELNY PODPIS BEZROBOTNEGO]