**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
2. Nazwisko ………………………………………………………… Nr FK …………….
3. Imię …………………………………………………………………
4. Data urodzenia …………………………………….. Stan cywilny …………………………………….
5. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………….
6. Jestem bezrobotnym:
7. z prawem do zasiłku
8. bez prawa do zasiłku
9. Całkowita powierzchnia gosp. rolnego wynosi ................ ha przeliczeniowych ................ ha fizycznych
10. Podlegam/nie podlegam[[1]](#footnote-1) ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, w tym jako:
* właściciel lub domownik nieruchomości rolnej …………..
* uczeń, student ……………
* inny tytuł …………………

Będąc osobą niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, upoważniam Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej do zgłoszenia mnie do Oddziału Podkarpackiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKÓW RODZINY POZOSTAJĄCYCH NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU

**Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa | Data urodzeniai nr PESEL | Adres zamieszkania | Data ukończeniaszkoły[[2]](#footnote-2)\*\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Z wyżej wymienionych osób orzeczenie o **………………………. stopniu niepełnosprawności** posiada:

1. ……………………………………………… do dnia …………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko) (podać datę wskazaną w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności)

**POUCZENIE**

Osobę bezrobotną niepodlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. w ZUS - z tytułu pobierania renty rodzinnej, KRUS – z tytułu bycia rolnikiem) zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Powiatowy Urząd Pracy.

Osoby zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.

Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Przez członków rodziny należy rozumieć następujące osoby:

- 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 przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku;

- małżonek;

- krewny wstępny (tj. matka, ojciec, dziadkowie) pozostający z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objęty obowiązkiem ubezpieczenia.

Do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodziny wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

**Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią pouczenia.**

**O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej.**

**Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej o wszelkich okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego wskazanych w niniejszym wniosku członków mojej rodziny - w terminie do 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności (m.in. o zakończeniu nauki przez osobę, która ukończyła 18 lat; o podjęciu pracy, w tym również w trakcie nauki; o nabyciu statusu bezrobotnego itp.)**

**Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

**Zgodnie z artykułem 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej informuje, że z ogólną klauzulą informacyjną można zapoznać się na stronie internetowej pod adresem** [**http://kolbuszowa.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych**](http://kolbuszowa.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych) **lub w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej.**

……………………………… …………………………………..

miejscowość i data czytelny podpis osoby bezrobotnej

1. właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* wpisać w przypadku dziecka pełnoletniego uczącego się [↑](#footnote-ref-2)