

## WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Nazwisko..... Imię .....

Adres zamieszkania .....

Narodowy Fundusz Zdrowia .....

### Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko..... Imię .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... Numer dowodu osobistego .....

PESEL ..... Stopień niepełnosprawności .....

Data zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego .....

Ww. członek rodziny:

Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym  TAK  NIE

Posiada status osoby bezrobotnej  TAK  NIE

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Instytucji realizującej projekt „Do dzieła! – Centrum aktywizacji społeczno-zawodowej” o wszelkich zaistniałych zmianach oraz dostarczenia zaświadczenia o pobieraniu nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia. W przypadku niedostarczenia zaświadczenia dziecko zostanie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość i Data..... Czytelny podpis.....