

Projekt „Kompetentni i efektywni” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020

WNIOSEK O **ZGŁOSZENIE** CZŁONKA RODZINY  
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**1) Dane Uczestnika Projektu:**

Nazwisko i imię: .....

PESEL: .....

**2) Dane członka rodziny:**

Zgłoszenie od dnia .....

( dzień-miesiąc-rok)

|     |                                                                                         |           |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.  | Imię                                                                                    |           |
| 2.  | Nazwisko                                                                                |           |
| 3.  | Data urodzenia                                                                          |           |
| 4.  | PESEL                                                                                   |           |
| 5.  | Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia                                                     |           |
| 6.  | Stopień pokrewieństwa <sup>1)</sup>                                                     |           |
| 7.  | W przypadku zgłoszenia dziecka – czy się kształci                                       | TAK/NIE * |
| 8.  | Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?                                        | TAK/NIE * |
| 9.  | Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeczono)                                            |           |
| 10. | Adres zamieszkania<br>(kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania) |           |

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny.

Data .....

Podpis .....

Projekt „Kompetentni i efektywni” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020

- <sup>1)</sup> Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **za członka rodziny uważa się:**
- a) 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 uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
  - b) małżonka ( mąż, żona - nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),
  - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

\* niepotrzebne skreślić