

Piła, dnia .....

.....  
(nazwisko i imię pracownika)

Publiczne Przedszkole Nr... w Piłe

.....  
(nazwa zakładu pracy)

Centrum Usług Wspólnych  
Gminy Piła

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ Poznań z dniem .....

członka rodziny - .....  
(stopień pokrewieństwa) (imię i nazwisko)

urodzonego/nej .....  
(data urodzenia).

PESEL .....

Wskazany członek rodziny jest/nie jest\* rencistą, posiada/ nie posiada \* orzeczonego stopnia niepełnosprawności.  
Zamieszkuje/nie zamieszkuje \* ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.  
Adres zamieszkania członka rodziny nie zamieszkującego z ubezpieczonym:

.....

Oświadczam, że ..... nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez inną osobę  
(stopień pokrewieństwa)  
podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu.

.....  
(podpis pracownika)

#### POUCZENIE

Zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ członkiem rodziny jest:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk 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 inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

Członkowie rodziny, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego tytułu, zostają zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny podlegającemu ubezpieczeniu zdrowotnemu

\* niepotrzebne skreślić