............................................................... .……………………… dnia ...............................

(imię i nazwisko) (miejscowość) (data)

................................................................

(PESEL)

................................................................

(adres do doręczeń)

................................................................

(dane kontaktowe: nr telefonu, e-mail)

Powiatowy Urząd Pracy

ul. Henryka Sienkiewicza 27

32-200 Miechów

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY

DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny

od dnia..........................................

Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:

Imię i nazwisko członka rodziny: ...........................................................................

PESEL .....................................................................................................................

Stopień pokrewieństwa:

( zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ współmałżonek

□ dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka

□ inny (jaki?): ..................................................................................

Załączniki:

- akt małżeństwa

- akt urodzenia dziecka

- zaświadczenie o kontynuowaniu nauki w przypadku pełnoletniego dziecka

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności członka rodziny

….………………………………

(podpis wnioskodawcy)

Wypełniony wniosek można:

1. złożyć osobiście w sekretariacie Urzędu (zaopatrzony własnoręcznym podpisem),

2. przesłać pocztą tradycyjną (zaopatrzony własnoręcznym podpisem),

3. wysłać podpisany elektronicznie (profilem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem osobistym) na skrzynkę e-PUAP Urzędu, skrzynkę do e-Doręczeń Urzędu lub

poprzez portal praca.gov.pl.