

7  
Imię i Nazwisko .....

Adres .....

PESEL.....

### OŚWIADCZENIE

1. Wnioskuję o zgłoszenie mnie do Narodowego Funduszu Zdrowia z dniem .....
2. Wnioskuję o zgłoszenie z dniem ..... następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Nr PESEL	Adres zamieszkania	Znaczny stopień niepełnosprawności Tak- Nie*(2)

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam , co następuje:

1. Zarówno ja, jak i zgłoszeni przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny w żadnym z krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego poza Polską
  - nie jesteśmy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym
  - nie podlegamy ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członkowie rodziny osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym
  - nie prowadzimy działalności gospodarczej i nie jesteśmy zatrudnieni
  - nie pobieramy świadczenia emerytalnego i rentowego
2. Krewny wstępny ( ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt. .... pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
3. Zostałem pouczony o obowiązku niezwłocznego powiadomienia tutejszego urzędu w przypadku:
  - ukończenia przez dziecko zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego 18 lat, a w przypadku dalszej nauki dostarczenia zaświadczenia ze szkoły,
  - ukończenia lub przerwania przez ubezpieczone dziecko nauki,
  - podjęcia pracy przez zgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny (np. współmałżonka, dziecko itp.),
  - zgonu ubezpieczonego członka rodziny,
  - powstania obowiązku ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego z innego tytułu (np. jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym).
4. O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Kamieniu Pomorskim.

.....  
( data i czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić

(1) jeżeli jest inny niż adres zamieszkania Pana(i)

(2) TAK – należy wpisać w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi ( należy przedłożyć niniejszy dokument)