

.....  
dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer PESEL

### WNIOSEK

Składam wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu

Lp	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Numer PESEL	Stopień niepełnosprawności	Czy jest zarejestrowany jako bezrobotny (TAK/NIE)

Za członków rodziny uważa się:

- dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w stopniu znacznym – bez ograniczenia wieku;
- dzieci uprawnione do renty rodzinnej;
- małżonka;
- krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. O wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić.**

\*Należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności