druk obowiązujący od 17.04.2020r.

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Przez członka rodziny rozumie 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 lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku; **b)** małżonka; **c)** wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

1. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

04. PESEL

05. NIP

06. Uczęszcza aktualnie do szkoły: _____

07. Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (wpisać X w odpowiednim polu)

☐ małżonek ☐ matka ☐ ojciec ☐ macocha ☐ ojczym

☐ babka ☐ dziadek ☐ **dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka**

☐ wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej

☐ osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

08. Stopień niepełnosprawności (wpisać X w odpowiednim polu)

☐ brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ lekki stopień niepełnosprawności

☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności

☐ znaczny stopień niepełnosprawności

☐ orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

09. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

2. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

04. PESEL

05. NIP

06. Uczęszcza aktualnie do szkoły: _____

07. Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (wpisać X w odpowiednim polu)

☐ małżonek ☐ matka ☐ ojciec ☐ macocha ☐ ojczym

☐ babka ☐ dziadek ☐ **dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka**

☐ wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej

☐ osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

08. Stopień niepełnosprawności (wpisać X w odpowiednim polu)

☐ brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ lekki stopień niepełnosprawności

☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności

☐ znaczny stopień niepełnosprawności

☐ orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

09. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

3. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

04. PESEL

05. ~~NIP~~

06. Uczęszcza aktualnie do szkoły: _____

07. Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (wpisać X w odpowiednim polu)

☐ małżonek ☐ matka ☐ ojciec ☐ macocha ☐ ojczym

☐ babka ☐ dziadek ☐ **dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka**

☐ wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej

☐ osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

08. Stopień niepełnosprawności (wpisać X w odpowiednim polu)

☐ brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ lekki stopień niepełnosprawności

☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności

☐ znaczny stopień niepełnosprawności

☐ orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

09. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

4. Adres członków rodziny jest (wpisać X w odpowiednim polu):

☐ taki sam jak ubezpieczonego

☐ inny niż ubezpieczonego _____

5 DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ (osoby ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna)

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. PESEL

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” (Art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j. Dz. U. z 2019r., Poz. 1950 z późn. zm.).

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić

Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok)

Podpis

_____
data i podpis osoby przyjmującej