

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

**OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ W PUP z tytułu statusu bezrobotnego**

1. Na dzień składania oświadczenia posiadam stan cywilny:

- a) wolny\*,
- b) separacja formalna\*,
- c) żonaty/ mężatka\* ;

2. Zostałem/am poinformowany/a, że na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **obowiązek zgłoszenia w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, nie posiadających własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zatrudnienie, status bezrobotnego, renta, emerytura, itp.), ciąży na osobie ubezpieczonej, czyli od dnia wypełnienia powyższego oświadczenia zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:**

a) współmałżonka/ kę .....pesel .....,

b) rodzica pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

c) dzieci, które nie ukończyły 18 roku życia:

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

d) dzieci pomiędzy 18- 26 rokiem życia, które kontynuują naukę:

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

e) dzieci posiadające orzeczenie o **znacznym** stopniu niepełnosprawności:

- ..... pesel .....,

- ..... pesel .....,

3. Niezwłocznie poinformuję tutejszy urząd:

- w przypadku uzyskania odrębnego tytułu do ubezpieczenia przez ww. członków rodziny

- w przypadku zakończenia lub przerwania nauki dzieci pomiędzy 18-26 rokiem życia.

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
data i podpis bezrobotnego

.....  
podpis przyjmującego oświadczenie