DE.522. ……. .2025. …….

Włoszczowa , dnia ........................................

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

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

(PESEL wnioskodawcy)

……………………………………………….

……………………………………………….

(adres zamieszkania )

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia …………………………następujących członków rodziny, **nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Stopień pokrewieństwa** | **Czy dziecko w wieku powyżej 18 lat kształci się ?****(TAK / NIE)** | **Stopień niepełnosprawności\*****(jeśli orzeczono)** | **Czy zamieszkuje wspólnie****z wnioskodawcą? (TAK / NIE)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*) należy przedłożyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny należy dołączyć:

* zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia

# OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Zobowiązuję się do poinformowania tutejszego Urzędu o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny, w tym o podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskania innego tytułu do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub o zakończeniu nauki przez zgłoszone przeze mnie dziecko, które ukończyło 18 rok życia, zmiany stopnia niepełnosprawności **w terminie do 7 dni od zaistnienia okoliczności powodujących zmianę.**

# POUCZENIE

Zgodnie z art. 193 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późniejszymi zmianami):

*„Kto (…) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (…)* ***podlega karze grzywny.”***

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

 (data i podpis wnioskodawcy)

# INFORMACJA

Za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uważa się :

1. **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 18 lat;

* + **dziecko powyżej 18 roku życia**, które uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej, nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;
	+ **każde dziecko (bez względu na wiek)**, które posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi.

# małżonka;

# krewnych wstępnych, pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.\*

**Ważne!** Dziadkowie mogą zgłosić wnuka tylko wtedy, gdy żaden z jego rodziców nie jest:

* objęty obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym,
* uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek;
* objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

\*) art. 5 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późniejszymi zmianami)