

**Zgłoszenie członków rodziny\* bezrobotnego  
do ubezpieczenia zdrowotnego**

.....  
Imię i nazwisko bezrobotnego

-----  
PESEL

Dane członków rodziny* osoby ubezpieczonej				
Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa syn/córka	Stopień niepełnosprawności	Czy uczy się? tak/nie

.....  
Data i podpis bezrobotnego

**\*członkami rodziny** w myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017r., poz. 1938 z późn. zm.) są następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk 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, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo inne traktowane na równi – bez ograniczeń wieku;

- małżonek;

- wstępni (tj. rodzice, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.