

Grudziądz, _____
(data)

(imię i nazwisko)

(PESEL)

(stały adres zameldowania)

(adres zamieszkania – wypełnić, jeżeli jest inny niż zameldowanie stałe)

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Data urodzenia	Czy członek rodziny posiada stopień niepełnosprawności? Wpisać TAK lub NIE	Podać rodzaj stopnia niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny, niepełnosprawność stwierdzona przed 16 rokiem życia
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (tj. art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny (tj. zmiana danych osobowych, zmiana danych adresowych, zmiana stopnia niepełnosprawności, podjęcie pracy, zakończenie nauki przez osobę, która ukończyła 18 lat, itp.) oraz dostarczenia dokumentu potwierdzającego stan faktyczny (tj. w przypadku osoby powyżej 18 roku życia dokumentu potwierdzającego zakończenie nauki lub kontynuację nauki; orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w przypadku dziecka, które otrzymuje takie orzeczenie).

.....
(podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)