

ZGŁOSZENIE DZIECKA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

DANE OSOBY BEZROBOTNEJ:

Numer ewidencyjny akt w PUP _____

Imię i nazwisko _____

Adres _____

DANE CZŁONKA RODZINY:

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NAZWISKO _____

IMIĘ PIERWSZE _____

DATA URODZENIA _____

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA _____

CZY POBIERA RENTĘ RODZINNĄ (wpisać TAK lub NIE) _____

CZY POBIERA STYPENDIUM SPORTOWE (wpisać TAK lub NIE) _____

CZY UCZY SIĘ (wpisać TAK lub NIE) _____

NAZWA I ADRES SZKOŁY _____

(w sytuacji dziecka uczącego się w wieku od 18 do 26 lat należy przedłożyć stosowne zaświadczenie ze szkoły)

CZY PODPISAŁ UMOWĘ O PRAKTYCZNĄ NAUKĘ ZAWODU (wpisać TAK lub NIE) _____

CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ
(wpisać TAK lub NIE) _____. JEŻELI NIE PROSZE WPISAĆ DOKŁADNY ADRES :

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI _____

Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o każdej zmianie w powyższych danych.

.....
Data złożenia oświadczenia

.....
Podpis składającego oświadczenie

ZGŁOSZENIE DZIECKA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

DANE OSOBY BEZROBOTNEJ:

Numer ewidencyjny akt w PUP _____

Imię i nazwisko _____

Adres _____

DANE CZŁONKA RODZINY:

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NAZWISKO _____

IMIĘ PIERWSZE _____

DATA URODZENIA _____

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA _____

CZY POBIERA RENTĘ RODZINNĄ (wpisać TAK lub NIE) _____

CZY POBIERA STYPENDIUM SPORTOWE (wpisać TAK lub NIE) _____

CZY UCZY SIĘ (wpisać TAK lub NIE) _____

NAZWA I ADRES SZKOŁY _____

(w sytuacji dziecka uczącego się w wieku od 18 do 26 lat należy przedłożyć stosowne zaświadczenie ze szkoły)

CZY PODPISAL UMOWĘ O PRAKTYCZNĄ NAUKĘ ZAWODU (wpisać TAK lub NIE) _____

CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ
(wpisać TAK lub NIE) _____. JEŻELI NIE PROSZE WPISAĆ DOKŁADNY ADRES :

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI _____

Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o każdej zmianie w powyższych danych.

.....
Data złożenia oświadczenia

.....
Podpis składającego oświadczenie