

.....  
(nazwisko i imiona, nazwisko rodowe)

.....  
(rok i kierunek kształcenia)

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

.....  
(województwo, gmina, powiat)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

...../...../.....

PESEL / NIP / Seria i nr dowodu osobistego

**Uprzejmię proszę o objęcie mnie/i członków mojej rodziny\* ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z obowiązującymi przepisami od dnia.....**

I. Oświadczam, że:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego, opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
- nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram stypendium sportowego,
- nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych.
- nie jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

II. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, (jednego z wymienionych w pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

L.p. Nazwisko i imię stopień pokrewieństwa data urodzenia, PESEL

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

III. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. I a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię szkołę o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

IV. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię szkołę o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)