

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - NIE PODLEGAJĄCEGO OBOWIĄZKOWI
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z INNEGO TYTUŁU**

Imię i nazwisko wnioskodawcy:..... PESEL wnioskodawcy:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (TAK/NIE) Dotyczy wstępnych	Okres na jaki przyznano stopień niepełnosprawności - Informacja o znacznym stopniu niepełnosprawności

Oświadczenie

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

Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Legnicy o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członku rodziny, w tymbo podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, uzyskania innego tytułu do głoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub o zakończeniu nauki przez zgłoszone przeze mnie dziecko 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: „Kto będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego o dokonania zgłoszenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny - podlega karze grzywny.”

Członkowie rodziny uzyskują prawa do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszonych przez nich członków rodziny ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

Dla osób, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wygasa **po upływie sześciu miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów**. Dla osób, które ukończyły szkołę wyższą - wygasa po upływie czterech miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.

.....
(data i czytelny 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,
 - powyżej 18 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat,
 - każde dziecko, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. **małżonka**,
3. **wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzice, dziadkowie).**

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

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

Do wniosku o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego należy dołączyć:

- do wglądu akt urodzenia dziecka/dzieci lub dowód osobisty (w przypadku pierwszego zgłaszania);
- do wglądu odpis aktu małżeństwa (w przypadku pierwszego zgłaszania);
- **zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia**

Zaświadczenie potwierdzające kontynuowaniu nauki przez dziecko należy dostarczać w każdym nowym roku szkolnym / akademickim.

Na podstawie: art. 5 pkt 3, art. 67 ust. 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn.zm.)

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)