**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY**

………………………………………………….

Imię i nazwisko osoby bezrobotnej

……………………………………………………….

PESEL

**Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienione osoby:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **PESEL**  **w przypadku cudzoziemca  w razie braku numeru PESEL - rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość** | **Data urodzenia** | **Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (TAK/NIE)** | **Stopień niepełnosprawności**  **i okres na jaki został przyznany** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

..………………………………………………….….

data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

**Ubezpieczenie zdrowotne członków rodziny**

1. Osoba bezrobotna powinna zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny nie posiadających własnego tytułu do ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.
2. Za członka rodziny uważa się:
3. dziecko własne, dziecko męża lub żony, dziecko przysposobione, wnuka 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 lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do skończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności   
   lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
4. męża lub żonę,
5. wstępnych (np. rodziców, dziadków), którzy pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
6. Dziadkowie mogą zgłosić wnuka tylko wtedy, gdy żaden z jego rodziców nie jest:
7. objęty obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym,
8. uprawniony do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek,
9. objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.
10. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

**WAŻNE!**

**Osoba bezrobotna, która zgłosiła do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jest zobowiązana do powiadomienia Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania  
 z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.**

1. Sytuacje zobowiązujące do wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego:
2. uzyskanie przez niego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego np. podjęcie zatrudnienia, umowy zlecenia, rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej,
3. ukończenie przez pełnoletnie dziecko szkoły średniej lub wyższej; skreślenie z listy uczniów lub studentów,
4. Utrata statusu osoby bezrobotnej przez ubezpieczającego powoduje wygaszenie ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

**WAŻNE!**

**Osoba bezrobotna i zgłoszeni przez nią członkowie rodziny mają prawo korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej przez okres 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia osoby bezrobotnej tj. od dnia utraty statusu bezrobotnego.**

Zapoznałem się i zobowiązuje się do przestrzegania**.**

..………………………………………………….….

data i czytelny podpis osoby bezrobotnej