

OŚWIADCZENIE

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1.
(imiona) | 5. |
| 2.
(nazwisko) | |
| 3.
(data urodzenia) |
(adres zameldowania) |
| 4.
(PESEL) | 6.
(seria i nr dowodu osobistego) |

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego przez ojca, matkę, współmałżonka, innego członka rodziny, w KRUS.
2. Oświadczam, że w chwili obecnej nie ma innej podstawy do objęcia mnie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

II

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu:

<i>Proszę wypełnić</i>						
Lp.	Imię i Nazwisko	Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Numer PESEL	Stopień niepełnosprawności
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Krewny wstępny (rodzice, dziadkowie) wymieniony w pkt. II pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Szydłowcu.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie