



Powiatowy Urząd Pracy w Brzesku
32-800 Brzesko, ul. Piłsudskiego 19
14 66 30 522, 14 66 30 546, 14 68 63 644
urząd@pup-brzesko.pl

Brzesko, dnia

d	d	—	m	m	—	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zam. (jeżeli jest inny niż powyżej)	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL*										Stopień niepełno sprawności (wpisać TAK, jeżeli posiada)
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															

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

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

Zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny w tym o:

- a) podjęciu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej**
- b) uzyskaniu innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego**
- c) zakończeniu nauki przez zgłoszone dziecko, które ukończyło 18 rok życia**
- d) zmiany stopnia niepełnosprawności**

.....
(czytelny podpis osoby bezrobotnej)

* Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki przez dziecko, które ukończyło 18 rok życia.