



Fundusze Europejskie  
dla Mazowsza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Mazowsze.**  
serce Polski

## WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

### 1) Uczestniczka Projektu:

Nazwisko i imię: .....

PESEL: .....

### 2) Dane członka rodziny:

Zgłoszenie od dnia .....  
( dzień-miesiąc-rok)

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	PESEL	
5.	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
6.	Stopień pokrewieństwa <sup>1)</sup>	
7.	W przypadku zgłoszenia dziecka – czy się kształci	TAK/NIE *
8.	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?	TAK/NIE *
9.	Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeczone)	
10.	Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania)	

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny.

Data .....

Podpis uczestniczki projektu .....

<sup>1)</sup> Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **za członka rodziny uważa się:**

- a) 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 przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub

- jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka (mąż, żona - nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),
  - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

\* niepotrzebne skreślić