……………………………………………….

 (imię i nazwisko bezrobotnego)

……………………………………………….

 (adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania(wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy) | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | PESEL | Stopień niepełnosprawności |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

Krewny wstępny (rodzice, dziadkowie) wymieniony w pkt. 1, 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 zawartych w oświadczeniu (cz.1) zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić.

 ………………………………………………….

 data i podpis osoby składającej oświadczenie

……………………………………………….

 (imię i nazwisko bezrobotnego)

……………………………………………….

 (adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania(wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy) | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | PESEL | Stopień niepełnosprawności |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

Krewny wstępny (rodzice, dziadkowie) wymieniony w pkt. 1, 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 zawartych w oświadczeniu (cz.1) zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić.

 ………………………………………………….

 data i podpis osoby składającej oświadczenie