Zgorzelec, dnia ……………..……………….

………………………………………………..

(imię i nazwisko) Data (dd/mm/rrrr)

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(PESEL)

……………………………………………….. **Powiatowy Urząd Pracy**

(numer telefonu) ul. Pułaskiego 14

 59-900 Zgorzelec

 **WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego w brzmieniu:" Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” - **proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Stopień pokrewień- stwa | Adres zamieszkania | Numer PESEL | Data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego \* | Tytuł ubezpieczenia |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

 ...................................................................

 (podpis bezrobotnego)

Przyjął:.................................................

dnia: .....................................................

**\*należy podać datę ustania tytułu ubezpieczenia członka rodziny bezrobotnego, tj. datę wystąpienia innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.**

**Pouczenie:**

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do ubezpieczenia członków rodziny, **ma obowiązek powiadomić** Powiatowy Urząd Pracy w Zgorzelcu **o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności** (np. zatrudnienie, podjęcie pracy za granicą, przerwanie nauki przez  dziecko powyżej 18 roku życia lub utratę statusu studenta). Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia ( ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych).