

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej członka rodziny (*drukowanymi*) .....

### Zgłoszenie danych o członkach rodziny uprawnionych do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego

Imię	.....
Nazwisko	.....
Data urodzenia	.....
PESEL	.....
NIP (jeżeli posiada)	.....
Rodzaj dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> - dowód osobisty <input type="checkbox"/> - paszport
Seria i numer dok. tożsamości	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Płeć	<input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/> - K
Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny .....	

Pokrewieństwo

 

- Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

01 – małżonek

11 – dziecko własne, przysposobione lub dziecko drugiego małżonka

21 – wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej

30 – matka    31 – ojciec    32 – macocha    33 – ojczym    40 – babka    41 – dziadek

50 – osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

60 – inni krewni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia.

Czy jest na wyłącznym utrzymaniu osoby zgłaszającej członka rodziny  - TAK  - NIE

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą zgłaszającą  - TAK  - NIE

Stopień niepełnosprawności  - Kody stopnia niepełnosprawności

od ..... do .....  
(data początku i końca niepełnosprawności)

0 – osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności

1 – osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

2 – osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

3 – osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

Czy adres zamieszkania różni się od adresu osoby zgłaszającej?  - TAK  - NIE

#### Adres zamieszkania członka rodziny

Kod pocztowy

  -   

Miejscowość .....

Gmina .....

Ulica .....

Numer domu .....

Numer lokalu .....

.....  
(podpis osoby zgłaszającej)