Dane osobowe do ubezpieczenia zdrowotnego

.....
nazwisko i imię świadczeniobiorcy

.....

.....
adres zamieszkania

Prezydent Miasta Tomaszowa Mazowieckiego
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Tomaszowie Mazowieckim

Data urodzenia .....

Nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu(1) .....

Wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny świadczeniobiorcy

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	PESEL(2)	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Znaczny stopień niepełnosprawności(3)
1						
2						
3						
4						
5						

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt. ..... pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i w zgłoszeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię organ wypłacający świadczenie.

.....
data i czytelny podpis świadczeniobiorcy

(1) proszę podać w przypadku braku PESEL,
(2) w przypadku braku PESEL, proszę podać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu,
(3) TAK - należy wpisać w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.