

Kłobuck, dnia

Imię

Nazwisko

PESEL

**Powiatowy Urząd Pracy
w Kłobucku**

**WNIOSEK
o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny**

Wnoszę o wyrejestrowanie z dniem z ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny (podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu):

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.			
2.			
3.			
4.			

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

W przypadku każdorazowej zmiany sytuacji rodzinnej bezrobotnego powodującej wyłączenie go z ubezpieczenia zdrowotnego – bezrobotny ma prawo złożenia ponownego wniosku o zgłoszenie jego i uprawnionych członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.

POUCZENIE

Zgodnie z art. 193 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

„Kto (...) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny (...) podlega karze grzywny.”

.....
podpis pracownika PUP

.....
podpis wnioskodawcy