

## WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

### DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU:

Nazwisko..... Imię .....

PESEL .....

### Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko..... Imię .....

Stopień pokrewieństwa.....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Stopień niepełnosprawności .....

Ww. członek rodziny:

Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym ☐ TAK ☐ NIE

Posiada status osoby bezrobotnej ☐ TAK ☐ NIE

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Instytucji realizującej projekt „Z nami zbudujesz swoją przyszłość - aktywizacja zawodowa 30+ IV” o wszelkich zaistniałych zmianach oraz dostarczenia zaświadczenia o pobieraniu nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia. W przypadku niedostarczenia zaświadczenia dziecko zostanie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość i Data..... Czytelny podpis.....