

Imię i Nazwisko .....

Adres .....

PESEL .....

## OŚWIADCZENIE (1)

1. Wnioskuje o zgłoszenie mnie do Narodowego Funduszu Zdrowia z dniem .....
2. Wnioskuje o zgłoszenie z dniem ..... następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu:

Imię i Nazwisko	Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy)	Stopień pokre- wienieństwa	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Nr PESEL	Stopień niepełno- sprawności
1.					
2.					
3.					
4.					

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Krewni wstępni (rodzice, dziadkowie) wymienieni w pkt ..... pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Zarówno ja, jak i zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie rodziny w żadnym z krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego poza Polską.
  - nie jesteśmy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym,
  - nie podlegamy ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członkowie rodziny osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
  - nie prowadzimy działalności gospodarczej i nie jesteśmy zatrudnieni,
  - nie pobieramy świadczenia emerytalnego i rentowego.
3. **O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuje się zawiadomić nie później niż w ciągu 7 dni Powiatowy Urząd Pracy.**

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenia)