**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a (imię, nazwisko, adres)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim utrzymaniu i prowadzących ze mną wspólne gospodarstwo domowe:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy) | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Numer PESEL | Stopień niepełnosprawności |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy.

…………………………………………………… ……………………………………………………………………….

(data i podpis pracownika urzędu) (data i podpis osoby składającej oświadczenie)