Imię i Nazwisko .................................................................................... Świnoujście, dnia ............................... Świnoujście, ul. .................................................................................... Nr akt.................................

PESEL ..............................................................

# ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

 Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)wszystkie osoby zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotne podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu bezrobocia. Zgodnie z art. 66 ust. 2 w/w ustawy status członka rodziny osoby ubezpieczonej nie zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezrobotnej.

Wnioskuję o zgłoszenie z dniem ............................................ następujących członków rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym; pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu:

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

**O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się zawiadomić Powiatowy Urząd Pracy nie później niż w ciągu 7 dni.**

 Jednocześnie zostałem/łam pouczony/na, że w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dzieci w wieku od 18-26 lat, kształcących się dalej, należy przedstawić zaświadczenie ze szkoły bądź uczelni 2 razy do roku w terminie: do 28 lutego i do 31 października. Nie dostarczenie w w/w terminach zaświadczenia ze szkoły bądź uczelni spowoduje wyrejestrowanie dzieci pełnoletnich z ubezpieczenia zdrowotnego.

......................................................................................

 data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\* właściwe podkreślić

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

***(w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny do 16 roku życia), jako przedstawiciel ustawowy, zgodę na przetwarzanie danych osobowych podpisuje rodzic)***

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/moich dzieci, które nie ukończyło/nie ukończyły 16-go roku życia (wskazanych w poz. …………………. ww. zgłoszenia), przez Administratora Danych, tj. Powiatowy Urząd Pracy w Świnoujściu, ul. Wojska Polskiego 1/2 A, w celu zgłoszenia ww. do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członka rodziny osoby bezrobotnej.

**Oświadczam**, że zapoznałem/am się z treścią „Klauzuli Informacyjnej”.

…………………………………………..

 (data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

**- 1-**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

***(członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego)***

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych, tj. Powiatowy Urząd Pracy w Świnoujściu, ul. Wojska Polskiego 1/2 A, w celu zgłoszenia mnie do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członka rodziny osoby bezrobotnej, wskazanego w poz. …….. „zgłoszenia”.

**Oświadczam**, że otrzymałem/am egzemplarz i zapoznałem/am się z treścią „Klauzuli Informacyjnej”.

…………………………………………..……………..

 (data i podpis osoby wyrażającej zgodę-wskazanej w poz. 1)

…………………………………………..……………..

 (data i podpis osoby wyrażającej zgodę-wskazanej w poz. 2)

…………………………………………..……………..

 (data i podpis osoby wyrażającej zgodę-wskazanej w poz. 3)

Podstawa prawna: Art. 6 i 7 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

**- 2 -**