Imię i nazwisko : _____

Pesel: _____

O Ś W I A D C Z E N I E

Pouczony(a) i świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 „*

oświadczam, że na moim utrzymaniu pozostają niżej wymienione dzieci:

LP	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Przedszkole / Szkoła	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności dziecka
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

_____ _____

data **czytelny podpis osoby rejestrowanej**

Imię i nazwisko : _____

Pesel: _____

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że przystępuję do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że **członkowie rodziny nie są zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu i proszę o zgłoszenie ich przez tut. urząd pracy .**

Dane dotyczące członków rodziny, których zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego:

L. p	Imię i nazwisko	PESEL	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Pouczenie: *dzieci zgłoszone są do momentu ukończenia* ***18 lat****, potem automatycznie są wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego. Kontynuacja ubezpieczenia zdrowotnego następuje jeżeli pełnoletnie dziecko nadal uczy się, o czym należy wcześniej poinformować i dostarczyć odpowiednie zaświadczenie ze szkoły lub uczelni.*

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

_____ _____

data **czytelny podpis osoby bezrobotnej**