

Gotowi do pracy- program wsparcia dla osób bezrobotnych z powiatu niżańskiego, kolbuszowskiego, leżajskiego i przeworskiego, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

DANE O CZŁONKACH RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Imię i Nazwisko	
PESEL	_____
Seria i nr dowodu osobistego	

Adres zamieszkania członków rodziny NIE/JEST¹ zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego	
Adres zamieszkania członków rodziny**(dziecko/dzieci/małżonek)²	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	_____
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa ³	
Kod stopnia niepełnosprawności ⁴	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną ⁵	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	_____
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa ⁶	
Kod stopnia niepełnosprawności ⁷	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną ⁸	
Imię i nazwisko członka rodziny	

¹ Niewłaściwe skreślić

² Niewłaściwe skreślić

³ **1.1** - dziecko własne, przysposobione, dziecko drugiego małżonka oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia przez nie 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w stopniu znacznym bez ograniczeń wiek

01 - małżonek

⁴ **0** - osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności, **1** - osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, **2** - osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, **3** - osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)

⁵ TAK/NIE

⁶ **1.1** - dziecko własne, przysposobione, dziecko drugiego małżonka oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia przez nie 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w stopniu znacznym bez ograniczeń wiek

01 - małżonek

⁷ **0** - osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności, **1** - osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, **2** - osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, **3** - osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)

⁸ TAK/NIE

Gotowi do pracy- program wsparcia dla osób bezrobotnych z powiatu niżańskiego, kolbuszowskiego, leżajskiego i przeworskiego, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

PESEL	_____
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa ⁹	
Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁰	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną ¹¹	
Imię i nazwisko członka rodziny	
PESEL	_____
Seria i nr dowodu osobistego	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa ¹²	
Kod stopnia niepełnosprawności ¹³	
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną ¹⁴	

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia upoważnionej osoby w przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

.....
/ miejscowość, data/

.....
/podpis Uczestnika Projektu/

⁹ **1.1** - dziecko własne, przysposobione, dziecko drugiego małżonka oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia przez nie 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w stopniu znacznym bez ograniczeń wiek

01 - małżonek

¹⁰ **0** - osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności, **1** - osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, **2** - osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, **3** - osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)

¹¹ TAK/NIE

¹² **1.1** - dziecko własne, przysposobione, dziecko drugiego małżonka oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia przez nie 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w stopniu znacznym bez ograniczeń wiek

01 - małżonek

¹³ **0** - osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności, **1** - osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, **2** - osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, **3** - osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)

¹⁴ TAK/NIE