

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA /WYREJESTROWANIA z ZUS-u CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA

## Dane Pracownika/Ubezpieczonego

<b>Jednostka organizacyjna</b>	Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej	
<b>1. NAZWISKO</b>		
<b>2. Imię pierwsze</b>		

## DANE ZGŁASZANEGO CZŁONKA RODZINY\*

<b>Zgłoszenie członka rodziny</b>		<b>Data uzyskania uprawnień</b>	
<b>Wyrejestrowanie członka rodziny</b>		<b>Data utraty uprawnień</b>	
<b>1. NAZWISKO</b>			
<b>2. IMIĘ</b>			
<b>3. Data urodzenia</b>			
<b>4. PESEL</b>			
<b>5. Pokrewieństwo członka rodziny</b>			
<b>6. Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?</b>	<input type="checkbox"/>	Tak	
	<input type="checkbox"/>	Nie	
<b>7. Czy członek rodziny ma orzeczenie o niepełnosprawności ?</b>	<input type="checkbox"/>	Tak	
	<input type="checkbox"/>	Nie	
<b>8. Adres zamieszkania członka rodziny (wypełnić w przypadku innego adresu zamieszkania niż adres pracownika)</b>	ulica, numer domu/mieszkania		
	kod pocztowy Poczta		
	Miejscowość		
	Gmina		

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 8 kwietnia 2015 r.  
([Dz. U. z 2015 r. poz. 581](#))

\* **art. 5 ust. 3** członek rodziny - następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonek,
- c) wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.  
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
data i podpis pracownika