

# WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

## Dane osoby ubiegającej się:

|                     |          |                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię                | Nazwisko | PESEL                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |          |                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zameldowania: |          | Adres zamieszkania:<br>( uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |          |                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Stan cywilny:       |          |                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |          |                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Dane członków rodziny osoby ubiegającej się:

| Załącznik nr 1 do formularza zgłoszenia o udzielenie pomocy społecznej |      |          |                                                                                                                    |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Lp                                                                     | Imię | Nazwisko | PESEL                                                                                                              | Adres zameldowania | Adres zamieszkania<br>(w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania) | Stopień pokrewieństwa | Niepelnosprawność |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                                                                      |      |          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |      |          |                                                                                                                    |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                                                                      |      |          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |      |          |                                                                                                                    |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                                                                      |      |          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |      |          |                                                                                                                    |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                                                                      |      |          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |      |          |                                                                                                                    |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                                                      |      |          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |      |          |                                                                                                                    |                    |                                                                             |                       |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym od: .....  
(dzień-miesiąc-rok)

2. Wnoszę o objęcie członków mojej rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym od: .....  
(dzień-miesiąc-rok)

.....  
( data i podpis)