

Nowy Targ, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Nowym Targu**

**WNIOSEK OSOBY BEZROBOTNEJ O ZGŁOSZENIE/WYREJESTROWANIE
DO/Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY**

Proszę o zgłoszenie wyrejestrowanie od dnia do/z ubezpieczenia zdrowotnego
niżej wymienionych członków rodziny:

Nazwisko i imię data ur. PESEL

.....
pokrewieństwo..... adres zamieszkania (jeśli inny niż bezrobotnego).....
kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE
pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

Nazwisko i imię data ur. PESEL

.....
pokrewieństwo..... adres zamieszkania (jeśli inny niż bezrobotnego).....
kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE
pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

Nazwisko i imię data ur. PESEL

.....
pokrewieństwo..... adres zamieszkania (jeśli inny niż bezrobotnego).....
kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE
pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

Nazwisko i imię data ur. PESEL

.....
pokrewieństwo..... adres zamieszkania (jeśli inny niż bezrobotnego).....
kształci się TAK NIE posiada znaczny stopień niepełnosprawności TAK NIE
pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK NIE

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PUP w Nowym Targu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do świadczeń.

Będąc pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
że dane zawarte w tym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis pracownika PUP)

.....
(czytelny podpis bezrobotnego)