

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a)
ur. zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania informacji do pok. 24 w PUP Żary o
wszystkich zmianach danych zawartych w oświadczeniach złożonych w Powiatowym Urzędzie Pracy:

- 1) zmiana nazwiska,
- 2) zmiana adresu,
- 3) posiadanie (innego niż status bezrobotnego) własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego
- 4) zmiany dotyczące członków rodziny, którzy zostali zgłoszeni w PUP: narodziny nowego członka rodziny (z chwilą nadania numeru PESEL); zgon członka rodziny; zmiana nazwiska bądź imienia członka rodziny; zmiana adresu członka rodziny; nabycie, zmiana lub utrata stopnia niepełnosprawności; ukończenie przez dziecko 18 roku życia; składanie oświadczeń na każdy rok szkolny/akademicki na temat dalszej kontynuacji nauki przez pełnoletnie dziecko (z chwilą rozpoczęcia nowego roku szkolnego lub akademickiego); ukończenie nauki przez pełnoletnie dziecko; przerwanie nauki przez pełnoletnie dziecko; posiadanie innego tytułu do ubezpieczenia zgłoszonego przeze mnie członka rodziny (np. podjęcie zatrudnienia, nabycie praw do renty, rozpoczęcie działalności gospodarczej);

Zostałem (am) poinformowany (a), że zgłoszony przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członek mojej rodziny zostanie wyrejestrowany z tego ubezpieczenia z dniem ukończenia 18 roku życia:

1. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)
2. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)
3. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)
4. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)

Wobec powyższego zobowiązuję się niezwłocznie złożyć w tut. Urzędzie Pracy oświadczenie na temat kontynuacji nauki przez pełnoletniego już członka mojej rodziny zgłoszonego przeze mnie do ubezpieczenia (klasa, nazwa szkoły, planowany termin zakończenia nauki) w celu ponownego zgłoszenia jego do ubezpieczenia, które nastąpi z dniem złożenia ww. oświadczenia.

Zostałem (am) poinformowany (a), że pełnoletnie dzieci, które zgłosiłem (am) do ubezpieczenia zdrowotnego i które kontynuują naukę zostaną wyrejestrowane z tego ubezpieczenia z dniem zakończenia roku szkolnego lub akademickiego lub z dniem zakończenia szkoły lub studiów w przypadku uczniów ostatniej klasy i studentów ostatniego roku:

1. (imię i nazwisko) (data wyrejestrowania z ub. zdrowotnego)
2. (imię i nazwisko) (data wyrejestrowania z ub. zdrowotnego)

Zostałem (am) poinformowany (a), że ponowne zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, który ma ukończone 18 lat a nie ma ukończone 26 lat i zakończył kolejną klasę/ kolejny rok studiów lub zakończył naukę/studia lub rozpoczął naukę w kolejnej szkole/uczelni nastąpi z dniem złożenia w PUP w Żarach oświadczenia na temat klasy/roku nauki, kierunku, nazwy szkoły/uczelni, planowanego terminu zakończenia nauki w obowiązującym roku szkolnym/akademickim.

.....
data

.....
czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a)
ur. zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania informacji do pok.24 w PUP Żary o
wszystkich zmianach danych zawartych w oświadczeniach złożonych w Powiatowym Urzędzie Pracy:

- 1) zmiana nazwiska,
- 2) zmiana adresu,
- 3) posiadanie (innego niż status bezrobotnego) własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego
- 4) zmiany dotyczące członków rodziny, którzy zostali zgłoszeni w PUP: narodziny nowego członka rodziny (z chwilą nadania numeru PESEL); zgon członka rodziny; zmiana nazwiska bądź imienia członka rodziny; zmiana adresu członka rodziny; nabycie, zmiana lub utrata stopnia niepełnosprawności; ukończenie przez dziecko 18 roku życia; składanie oświadczeń na każdy rok szkolny/akademicki na temat dalszej kontynuacji nauki przez pełnoletnie dziecko (z chwilą rozpoczęcia nowego roku szkolnego lub akademickiego); ukończenie nauki przez pełnoletnie dziecko; przerwanie nauki przez pełnoletnie dziecko; posiadanie innego tytułu do ubezpieczenia zgłoszonego przeze mnie członka rodziny (np. podjęcie zatrudnienia, nabycie praw do renty, rozpoczęcie działalności gospodarczej);

Zostałem (am) poinformowany (a), że zgłoszony przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członek mojej rodziny zostanie wyrejestrowany z tego ubezpieczenia z dniem ukończenia 18 roku życia:

1. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)
2. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)
3. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)
4. (imię i nazwisko) (data ukończenia 18 roku życia)

Wobec powyższego zobowiązuję się niezwłocznie złożyć w tut. Urzędzie Pracy oświadczenie na temat kontynuacji nauki przez pełnoletniego już członka mojej rodziny zgłoszonego przeze mnie do ubezpieczenia (klasa, nazwa szkoły, planowany termin zakończenia nauki) w celu ponownego zgłoszenia jego do ubezpieczenia, które nastąpi z dniem złożenia ww. oświadczenia.

Zostałem (am) poinformowany (a), że pełnoletnie dzieci, które zgłosiłem (am) do ubezpieczenia zdrowotnego i które kontynuują naukę zostaną wyrejestrowane z tego ubezpieczenia z dniem zakończenia roku szkolnego lub akademickiego lub z dniem zakończenia szkoły lub studiów w przypadku uczniów ostatniej klasy i studentów ostatniego roku:

1. (imię i nazwisko) (data wyrejestrowania z ub. zdrowotnego)
2. (imię i nazwisko) (data wyrejestrowania z ub. zdrowotnego)

Zostałem (am) poinformowany (a), że ponowne zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, który ma ukończone 18 lat a nie ma ukończone 26 lat i zakończył kolejną klasę/ kolejny rok studiów lub zakończył naukę/studia lub rozpoczął naukę w kolejnej szkole/uczelni nastąpi z dniem złożenia w PUP w Żarach oświadczenia na temat klasy/roku nauki, kierunku, nazwy szkoły/uczelni, planowanego terminu zakończenia nauki w obowiązującym roku szkolnym/akademickim.

.....
data

.....
czytelny podpis