

**DANE OSOBOWE CZŁONKA RODZINY
ŚWIADCZENIOBIORCY POMOCY SPOŁECZNEJ
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1. Nazwisko.....
2. Pierwsze imię.....
3. Drugie imię.....
4. Pesel.....
6. Seria i numer dowodu osobistego.....
7. Data urodzenia.....
8. stopień pokrewieństwa.....
9. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej: **TAK NIE**
(zakreślić właściwe)
10. Czy występuje niepełnosprawność: **TAK NIE**
(zakreślić właściwe)
11. Stopień niepełnosprawności.....
12. Data przystąpienia do ubezpieczenia.....
13. Adres stałego zameldowania.....
14. Adres zamieszkania.....

Ja, świadomy(a) odpowiedzi karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Równocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Leżajsku o zaistniałych zmianach dotyczących wyżej wymienionych danych pod rygorem skutków prawnych.

.....
(czytelny podpis)