

# Kwestionariusz przyłączenia do ubezpieczenia rodzinnego

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Imię członka Vorname des Mitglieds

Nazwisko członka Name des Mitglieds

Numer ubezpieczenia zdrowotnego KV-Nummer

## 1. Informacje ogólne dotyczące członka Allgemeine Angaben des Mitglieds

Byłem do tej pory: Ich war bisher

- w ramach własnego członkostwa w ramach im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
- ubezpieczenia rodzinnego im Rahmen einer Familienversicherung

ubezpieczony w  
versichert bei

nazwa kasy chorych  
Name der Krankenkasse

- nie objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym nicht gesetzlich krankenversichert

Stan cywilny Familienstand

- stanu wolnego ledig  żonaty/zamężna verheiratet  w separacji getrennt lebend  rozwiedziony(a) geschieden  wdowiec/wdowa verwitwet

- Zarejestrowany związek partnerski zgodnie z Ustawą o związkach partnerskich – LPartG (w takim przypadku należy podać dane w rubryce „Małżonek/małżonka“) Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen.)

Powód przyłączenia do ubezpieczenia rodzinnego Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Początek mojego członkostwa Beginn meiner Mitgliedschaft
- Zakończenie poprzedniego członkostwa własnego krewnego Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
- Ślub (Proszę dołączyć akt ślubu.) Heirat (Bitte Heiratsurkunde beifügen.)
- Narodziny dziecka (Proszę dołączyć akt urodzenia.) Geburt des Kindes (Bitte Geburtsurkunde beifügen.)
- Inne Sonstiges

Rozpoczęcie ubezpieczenia rodzinnego Beginn der Familienversicherung

W przypadku pytań jestem dostępny w ciągu dnia pod numerem telefonu\*  
Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen\*

(informacje dobrowolne)  
(freiwillige Angabe)

Mój adres e-mail brzmi\* Meine E-Mail-Adresse lautet\*

(informacje dobrowolne) (freiwillige Angabe)

## 2. Informacje dotycząca członków rodziny Angaben zu Familienangehörigen

Poniższe dane są wymagane zasadniczo tylko w przypadku tych krewnych, którzy mają zostać objęci u nas ubezpieczeniem rodzinnym. Nie dotyczy to pojedynczych informacji o Twoim małżonku (małżonce) / partnerze w zarejestrowanym związku partnerskim, których wymagamy również wtedy, gdy ubezpieczeniem rodzinnym mają zostać objęte wyłącznie Twoje dzieci. W takim przypadku oprócz informacji ogólnych potrzebne są informacje dotyczące ubezpieczenia małżonka/partnera w zarejestrowanym związku partnerskim oraz jego dochodów, jeśli małżonek/partner w zarejestrowanym związku partnerskim nie jest objęty obowiązkowym ubezpieczeniem i nie jest spokrewniony z dziećmi; przychody należy przy tym bezwzględnie udokumentować w postaci zaświadczeń o dochodach i podając informacje o dochodach nie uwzględniać dodatków wypłacanych ze względu na stan cywilny.

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartners/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**Proszę pamiętać o tym, że równoczesne zawieranie umów o ubezpieczenie rodzinne w różnych kasach chorych jest niedopuszczalne pod względem prawnym. Dlatego podając informacje należy upewnić się, że podwójne ubezpieczenie rodzinne jest wykluczone.**

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

### 3. Informacje ogólne dotyczące członków rodziny Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Małżonek/małżonka (Ehepartner)	Dziecko 1 (Kind 1)	Dziecko 2 (Kind 2)	Dziecko 3 (Kind 3)
Nazwisko <sup>1</sup> Name <sup>1</sup>				
Imię Vorname				
Data urodzenia Geburtsdatum				
Płeć Geschlecht (m = mężczyzna männlich, k = kobieta weiblich, x = niepodane unbestimmt)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> x
ewentualnie adres inny niż adres członka Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Stopień pokrewieństwa członka względem dziecka. Proszę dołączyć akt urodzenia/dowód potwierdzający pochodzenie dotyczący dziecka, które ma zostać objęte ubezpieczeniem. <small>Verwandschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind. Bitte fügen Sie eine Geburtsurkunde/einen Abstammungsnachweis für das zu versichernde Kind bei.</small>	_____	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <sup>2</sup> leibliches Kind <input type="checkbox"/> pasierb/pasierbica Stiefkind <input type="checkbox"/> wnuk/wnuczka Enkel <input type="checkbox"/> przybrane dziecko Pflegekind	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <sup>2</sup> leibliches Kind <input type="checkbox"/> pasierb/pasierbica Stiefkind <input type="checkbox"/> wnuk/wnuczka Enkel <input type="checkbox"/> przybrane dziecko Pflegekind	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <sup>2</sup> leibliches Kind <input type="checkbox"/> pasierb/pasierbica Stiefkind <input type="checkbox"/> wnuk/wnuczka Enkel <input type="checkbox"/> przybrane dziecko Pflegekind
Czy współmałżonek jest spokrewniony z dzieckiem? (Proszę zakreślić tylko w przypadku brakującego stopnia pokrewieństwa) <small>Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	_____	<input type="checkbox"/> nie Nein	<input type="checkbox"/> nie Nein	<input type="checkbox"/> nie Nein

<sup>1</sup> Proszę dołączyć akt ślubu lub dowód potwierdzający pochodzenie, jeśli Twój małżonek/partner w zarejestrowanym związku partnerskim lub Twoje dzieci mają inne nazwisko i dokumenty te nie zostały przedłożone wcześniej. Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehepartner/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.

<sup>2</sup> Nazwę „dziecko biologiczne” należy stosować również w przypadku adopcji. Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

### 4. Informacje dotyczące ostatniego, dotychczasowego lub innego obowiązującego ubezpieczenia członków rodziny Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Małżonek/małżonka (Ehepartner)	Dziecko 1 (Kind 1)	Dziecko 2 (Kind 2)	Dziecko 3 (Kind 3)
Dotychczasowe ubezpieczenie <small>Die bisherige Versicherung</small> ▪ skończyło się dnia: <small>endete am</small> ▪ obowiązywało w: (nazwa kasy chorych) <small>bestand bei: (Name der Krankenkasse)</small>				
Rodzaj dotychczasowego ubezpieczenia: <small>Art der bisherigen Versicherung</small>	<input type="checkbox"/> Członkostwo Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne Familienversicherung <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Członkostwo Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne Familienversicherung <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Członkostwo Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne Familienversicherung <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Członkostwo Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne Familienversicherung <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe nicht gesetzlich
W ciągu ostatnich 18 miesięcy nie miałem/łam ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech. <small>Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.</small>	<input type="checkbox"/> Tak Ja <input type="checkbox"/> Nie Nein	<input type="checkbox"/> Tak Ja <input type="checkbox"/> Nie Nein	<input type="checkbox"/> Tak Ja <input type="checkbox"/> Nie Nein	<input type="checkbox"/> Tak Ja <input type="checkbox"/> Nie Nein
Jeśli w ostatnim czasie obowiązywało ubezpieczenie rodzinne, nazwisko i imię osoby, z której członkostwa wywodziło się ubezpieczenie rodzinne <small>Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde</small>	Imię Vorname _____ Nazwisko Name _____	Imię Vorname _____ Nazwisko Name _____	Imię Vorname _____ Nazwisko Name _____	Imię Vorname _____ Nazwisko Name _____
Dotychczasowe ubezpieczenie nadal obowiązuje w: (nazwa kasy chorych/ubezpieczenie zdrowotne) <small>Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)</small>				

## 5. Pozostałe informacje dotyczące członków rodziny Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Małżonek/małżonka (Ehepartner)	Dziecko 1 (Kind 1)	Dziecko 2 (Kind 2)	Dziecko 3 (Kind 3)
5.1 Czy pobierany jest zasiłek dla bezrobotnych II? <i>Wird Arbeitslosengeld II bezogen?</i>	<input type="checkbox"/> tak Ja	<input type="checkbox"/> tak Ja	<input type="checkbox"/> tak Ja	<input type="checkbox"/> tak Ja
5.2 Uczęszczanie do szkoły / studia (W przypadku dzieci od 23 roku życia proszę dołączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub na studia) <i>Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</i>	_____	od vom _____ do bis _____	od vom _____ do bis _____	od vom _____ do bis _____
5.3 Obowiązkowa służba wojskowa lub uregulowana służba zastępcza (Proszę dołączyć zaświadczenie o latach służby). <i>Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</i>	_____	od vom _____ do bis _____	od vom _____ do bis _____	od vom _____ do bis _____
5.4 Prowadzona jest własna działalność gospodarcza <i>Selbstständige Tätigkeit liegt vor</i>  Zyski z własnej działalności gospodarczej (miesięczne) – proszę dołączyć kopię aktualnej decyzji o wymiarze podatku dochodowego. <i>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich). Bitte Kopie des aktuellen Einkommenssteuerbescheides beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro
5.5 Wynagrodzenie brutto za pracę przy zatrudnieniu w minimalnym wymiarze godzin (miesięcznie) Proszę dołączyć odpowiednie zaświadczenia <i>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)</i>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
5.6 Renta/emerytura obowiązkowa, renta/emerytura, renta/emerytura pracownicza, renta/emerytura zagraniczna, inne renta/emerytura (kwota wypłacana co miesiąc). Proszę dołączyć odpowiednie zaświadczenia <i>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag). Bitte entsprechende Nachweise beifügen.</i>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
5.7 Pozostałe regularne dochody miesięczne w rozumieniu Ustawy o podatku dochodowym (np. wynagrodzenie brutto za pracę przy zatrudnieniu w większym niż minimalnym wymiarze godzin, dochody z wynajmu i wydzierżawienia, dochody z aktywów kapitałowych, dochody z gospodarki rolnej i leśnej). Prosimy o załączenie odpowiedniej dokumentacji <i>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen). Bitte entsprechende Nachweise beifügen.</i>	_____ Euro  (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)	_____ Euro  (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)	_____ Euro  (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)	_____ Euro  (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)

## 6. Informacje dotyczące przyznania numeru ubezpieczenia zdrowotnego dla członka rodziny objętego ubezpieczeniem rodzinnym

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Małżonek/matżonka (Ehepartner)	Dziecko 1 (Kind 1)	Dziecko 2 (Kind 2)	Dziecko 3 (Kind 3)
Własny numer ubezpieczenia emerytalnego (nr RV) Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Poniższe dane są potrzebne tylko wtedy, gdy nie przyznano wcześniej numeru ubezpieczenia emerytalnego. Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Nazwisko rodowe Geburtsname				
Miejsce urodzenia Geburtsort				
Kraj urodzenia Geburtsland				
Obywatelstwo Staatsangehörigkeit				

**Potwierdzam zgodność informacji. O zmianach powiadomię Cię bezzwłocznie. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy nastąpi zmiana dochodów moich lub też członków mojej rodziny (np. nowa decyzja o wymiarze podatku dochodowego w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej) albo gdy członkowie ci będą w (innej) kasie chorych.**

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Zgadzam się na wykorzystanie przez IKK classic moich danych w celu informowania mnie drogą telefoniczną, mailową, za pomocą faksu i wiadomości sms odnośnie aktualnych ofert zdrowotnych i ubezpieczeniowych. Niniejsza zgoda może być przeze mnie odwołana w każdej chwili.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Miejscowość

Ort

Data

Datum

Podpis członka

Unterschrift des Mitglieds

ewentualnie podpis członków rodziny

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Składając podpis oświadczam, że uzyskałem zgodę członków rodziny na przekazanie wymaganych danych.

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

W przypadku członków rodziny żyjących osobno wystarczy podpis członka rodziny.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

**Informacja o ochronie danych:** Państwa dane są gromadzone w celu oceny stosunku ubezpieczeniowego. Podstawą prawną jest § 10, § 284 niemieckiego kodeksu ubezpieczeń społecznych (SGB) V w związku z § 94 SGB XI. Obowiązek współdziałania wynika z §§ 60 nn. SGB I. Podanie danych oznaczonych symbolem \* jest dobrowolne. Służą one tylko w celu umożliwienia zasięgnięcia dodatkowych informacji od Państwa. Mogą Państwo w każdej chwili cofnąć zgodę udzieloną IKK classic na wykorzystywanie tych danych ze skutkiem na przyszłość. Dane te nie są przekazywane osobom trzecim. Dalsze informacje odnośnie tego zagadnienia znajdują Państwo na stronie [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer Daten dient der Beurteilung des Versicherungsverhältnisses und beruht auf § 10, § 284 SGB V i. V. m. § 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus §§ 60 ff. SGB I. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig und dient ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weitergabe der freiwilligen Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)

## Ubezpieczenie rodzin

Wskazówki dotyczące wypełnienia kwestionariusza przyłączenia do ubezpieczenia rodzinnego

Stan na: Maj 2019

Proszę koniecznie pamiętać o tym, że równoczesne zawieranie umów o ubezpieczenie rodzinne w różnych kasach chorych jest niedopuszczalne.

### 1. Informacje ogólne dotyczące członka:

W tej części kwestionariusza należy koniecznie podać aktualny stan cywilny, powód i rozpoczęcie umowy ubezpieczenia.

### 2. Informacje dotyczące członków rodziny

#### Informacje szczególne w przypadku nowego przyłączenia dzieci

Proszę dołączyć akt urodzenia / dowód potwierdzający pochodzenie dotyczący każdego dziecka, które ma zostać objęte ubezpieczeniem.

#### Dzieci niepełnosprawne

Dzieci, które z powodu niepełnosprawności nie są w stanie utrzymać się samodzielnie, będą przy specjalnych założeniach dalej objęte ubezpieczeniem bez opłacania składek powyżej 23 lub 25 roku życia. Proszę załączyć odpowiednie zaświadczenie lekarskie.

#### Informacje szczególne w przypadku podawania danych o małżonku

Należy podać dane o małżonku również wtedy, gdy małżonek nie ma być objęty ubezpieczeniem rodzinnym wraz z Tobą. W takich przypadkach potrzebujemy koniecznie informacji, gdzie współmałżonek jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. (Przykł.: ubezpieczony w: nazwa innej kasy chorych lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego).

Jeśli Twój współmałżonek jest ubezpieczony w obowiązkowej kasie chorych, to nie potrzebujemy informacji dotyczących jego dochodów. Jeśli Twój współmałżonek jest ubezpieczony prywatnie, to potrzebujemy informacji dotyczących dochodów od Ciebie i od współmałżonka. Dochód należy wykazać na podstawie kopii (w przypadku prowadzonej działalności gospodarczej ostatnia, aktualna decyzja o wymiarze podatku dochodowego, ostatnie rozliczenie wynagrodzenia i pensji, aktualna decyzja o świadczeniach od Federalnej Agencji Pracy).

Jeśli natomiast Twój współmałżonek nie jest spokrewniony z żadnym dzieckiem objętym przez Ciebie ubezpieczeniem rodzinnym, to nie ma konieczności podawania jakichkolwiek informacji dotyczących jego osoby. Proszę w takich przypadkach zaznaczyć, że nie obowiązuje stopień pokrewieństwa z żadnym z dzieci.

### 3. Informacje ogólne dotyczące członków rodziny

#### Pole: Stopień pokrewieństwa członka względem dziecka

Tutaj wpisuje się po prostu stopień pokrewieństwa między Tobą a dzieckiem/dziećmi, jak np. dziecko biologiczne, pasierb/pasierbica. W przypadku ubezpieczenia pasierba/pasierbicy i wnuków wymagane są dodatkowe kontrole. Prześlemy Ci dodatkowo odpowiedni kwestionariusz, gdy otrzymamy od Ciebie kwestionariusz rodzinny.

#### Pole: Czy współmałżonek jest spokrewniony z dzieckiem?

Jeśli Twój współmałżonek jest spokrewniony z określonym dzieckiem, to w tym polu nie trzeba wpisywać żadnych informacji. Proszę wykorzystać to pole tylko wtedy, jeśli nie obowiązuje żadne pokrewieństwo.

### 4. Informacje dotyczące ostatniego, dotychczasowego lub innego obowiązującego ubezpieczenia członków rodziny

Jeśli Twój współmałżonek jest lub był ubezpieczony w innej kasie chorych albo Twoje dzieci były ubezpieczone w innej kasie chorych, to należy koniecznie wypełnić te pola, aby nie dopuścić do podwójnego ubezpieczenia.

### 5. Pozostałe informacje dotyczące członków rodziny

#### 5.1 Zasiłek dla bezrobotnych III

Jeśli Twoi członkowie rodziny pobierają zasiłek dla bezrobotnych II, to proszę zakreślić to pole i dołączyć aktualną decyzję z Agencji pracy.

#### 5.2 Uczęszczanie do szkoły / studia

W przypadku dzieci od 23. roku życia potrzebujemy aktualne zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub na studia. Zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły jest wystawiane przez szkołę, najczęściej przez sekretariaty. Zaświadczenie o uczęszczaniu na studia studenci uzyskują każdorazowo na początku semestru, którego egzemplarz proszę zawsze do nas przesłać.

#### 5.3 Służba wojskowa lub zastępcza służba cywilna

Jeśli Twoje dziecko odbyło służbę wojskową lub zastępczą służbę cywilną, to proszę w tym polu wpisać okres czasu i dołączyć kopię zaświadczenia o latach służby (jeśli nie została ona dostarczona wcześniej przy jednym z poprzednich pytań).

Ubezpieczenie rodzinne można zrealizować tylko wtedy, gdy nie przekroczono określonych górnych granic dochodów. Proszę w poniższych polach wprowadzić aktualne dochody Twoich członków rodziny.

#### 5.4 Prowadzona jest własna działalność gospodarcza

Jeśli Twoje dziecko/dzieci lub Twój współmałżonek prowadzą działalność gospodarczą, to proszę zakreślić to pole. Proszę wpisać wtedy również dane dotyczące dochodów i załączyć aktualną decyzję o wymiarze podatku dochodowego. Jeśli należy jeszcze wyjaśnić inne punkty, to będziemy się z Tobą kontaktować.

#### 5.5 Zatrudnienie w minimalnym wymiarze godzin

Zatrudnienie w minimalnym wymiarze godzin to tak zwana mini-praca. Jeśli nie jesteś pewien, czy zatrudnienie Twojego członka rodziny zalicza się do mini-pracy, to proszę dopytać u pracodawcy lub dostać kopię rozliczenia wynagrodzenia/pensji. Proszę pamiętać, że nie można w tym miejscu pod żadnym pozorem wpisywać prowadzonej działalności gospodarczej. W tym celu proszę wykorzystać punkt 5.4.

#### 5.6 Renty (emerytury)

Proszę w tym miejscu podać, czy Twoje dzieci lub Twój współmałżonek objęty ubezpieczeniem rodzinnym otrzymuje przychody z tytułu rent/emerytur (np. renta po zmarłym członku rodziny, emerytura socjalna). Potrzebujemy wtedy koniecznie również odpowiednie kopie np. decyzja o przyznaniu renty. Informacje i zaświadczenia są również koniecznie potrzebne w przypadku pobierania rent od zagranicznych firm ubezpieczeń rentowych.

#### 5.7 Inne regularne dochody w rozumieniu Ustawy o podatku dochodowym:

Jeśli Twój współmałżonek lub Twoje dzieci otrzymują inne dochody (np. wynagrodzenie za pracę, w większym niż minimalnym wymiarze godzin, dochody z tytułu wynajmu/wydzierżawienia, dochody z aktywów kapitałowych), to proszę je wpisać w te pola. Proszę dołączyć ponadto jeszcze kopie, np. aktualnej decyzji o wymiarze podatku dochodowego lub rozliczeń wynagrodzenia/pensji. Jeśli nie są uzyskiwane żaden regularne dochody, to proszę po prostu przekreślić to pole.

### 6. Przyznanie numeru ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę w tym miejscu wpisać numer ubezpieczenia rentowego Twoich członków rodziny. Jeśli do tej pory nie przyznano takiego numeru lub nie masz go pod ręką, to proszę uzupełnić dalsze informacje.

#### Podpisy

Proszę nie zapomnieć o potwierdzeniu zgodności Twoich danych poprzez złożenie podpisu.