

# 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 *Geburt des Kindes*

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

Następujące dane są zasadniczo wymagane tylko w przypadku tych krewnych, którzy mają być objęci naszym ubezpieczeniem rodzinnym. **Oprócz tego potrzebujemy szczegółowych informacji dotyczących Pani/Pana małżonka/małżonki bądź partnera życiowego/partnerki życiowej także wtedy, gdy naszym ubezpieczeniem rodzinnym mają zostać objęte wyłącznie Pani/Pana dzieci i Pani/Pana małżonek/małżonka bądź partner życiowy/partnerka życiowa jest spokrewniony/a z tymi dziećmi.** W takim przypadku oprócz ogólnych informacji na temat ubezpieczenia małżonki/małżonka bądź partnerki życiowej/partnera życiowego – o ile nie posiada ona/on ubezpieczenia w ramach ustawowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych – potrzebujemy dodatkowo informacji na temat jej/jego dochodów. W celu potwierdzenia wysokości dochodów należy koniecznie przedłożyć odpowiednie dokumenty, nie uwzględniając dodatków wypłacanych w związku z sytuacją rodzinną.

*Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; 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> <small>Name<sup>1</sup></small>				
Imię <small>Vorname</small>				
Data urodzenia <small>Geburtsdatum</small>				
Płeć <small>Geschlecht</small> (m = mężczyzna <small>männlich</small> , k = kobieta <small>weiblich</small> , i = inna <small>divers</small> , x = niepodane <small>unbestimmt</small> )	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> x
ewentualnie adres inny niż adres członka <small>Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift</small>				
Stosunek pokrewieństwa członka do dziecka. <small>Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind.</small>	_____	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <sup>2</sup> <small>leibliches Kind</small> <input type="checkbox"/> pasierb/pasierbica <small>Stiefkind</small> <input type="checkbox"/> wnuk/wnuczka <small>Enkel</small> <input type="checkbox"/> przybrane dziecko <small>Pflegekind</small>	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <sup>2</sup> <small>leibliches Kind</small> <input type="checkbox"/> pasierb/pasierbica <small>Stiefkind</small> <input type="checkbox"/> wnuk/wnuczka <small>Enkel</small> <input type="checkbox"/> przybrane dziecko <small>Pflegekind</small>	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <sup>2</sup> <small>leibliches Kind</small> <input type="checkbox"/> pasierb/pasierbica <small>Stiefkind</small> <input type="checkbox"/> wnuk/wnuczka <small>Enkel</small> <input type="checkbox"/> przybrane dziecko <small>Pflegekind</small>
Czy współmałżonek jest spokrewniony z dzieckiem? (Proszę zakreślić tylko w przy- padku brakującego stopnia pokrewieństwa) <small>Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	_____	<input type="checkbox"/> nie <small>Nein</small>	<input type="checkbox"/> nie <small>Nein</small>	<input type="checkbox"/> nie <small>Nein</small>

<sup>1</sup> Jeżeli nazwisko członka nie jest tożsame z nazwiskiem członka rodziny stan cywilny należy jednorazowo potwierdzić za pomocą odpowiednich dokumentów (np. aktu małżeństwa, aktu związku partnerskiego, aktu urodzenia) lub – w przypadku niemożności ich przedłożenia – za pomocą innych odpowiednich dokumentów (np. decyzji w sprawie zasiłku rodzinnego). Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.

<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"/> Ubezpieczenie rodzinne <small>Familienversicherung</small> <input type="checkbox"/> Członkostwo <small>Mitgliedschaft</small> <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe <small>nicht gesetzlich</small>	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <small>Familienversicherung</small> <input type="checkbox"/> Członkostwo <small>Mitgliedschaft</small> <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe <small>nicht gesetzlich</small>	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <small>Familienversicherung</small> <input type="checkbox"/> Członkostwo <small>Mitgliedschaft</small> <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe <small>nicht gesetzlich</small>	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <small>Familienversicherung</small> <input type="checkbox"/> Członkostwo <small>Mitgliedschaft</small> <input type="checkbox"/> nieobowiązkowe <small>nicht gesetzlich</small>
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 <small>Vorname</small>  Nazwisko <small>Name</small>	Imię <small>Vorname</small>  Nazwisko <small>Name</small>	Imię <small>Vorname</small>  Nazwisko <small>Name</small>	Imię <small>Vorname</small>  Nazwisko <small>Name</small>
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 Uczęszczanie do szkoły / studia (W przypadku dzieci od 23 roku życia proszę dołączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub na studia.) <small>Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)</small>	_____	_____ od vom _____ do bis	_____ od vom _____ do bis	_____ od vom _____ do bis
5.2 Obowiązkowa służba wojskowa lub uregulowana służba zastępcza (Proszę dołączyć zaświadczenie o latach służby.) <small>Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)</small>	_____	_____ od vom _____ do bis	_____ od vom _____ do bis	_____ od vom _____ do bis
5.3 Ma miejsce samozatrudnienie <small>Selbstständige Tätigkeit liegt vor</small>  Zysk uzyskiwany z tytułu samozatrudnienia (miesięcznie) <sup>3</sup> <small>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)<sup>3</sup></small>	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro	<input type="checkbox"/> tak Ja  _____ Euro
5.4 Wynagrodzenie brutto za pracę przy zatrudnieniu w minimalnym wymiarze godzin (miesięcznie) <sup>3</sup> <small>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)<sup>3</sup></small>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
5.5 Emerytura ustawowa, świadczenia emerytalno-rentowe, emerytura zakładowa, emerytura zagraniczna, pozostałe emerytury (miesięczna kwota płatności) <sup>3</sup> <small>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)<sup>3</sup></small>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
5.6 Pozostałe regularne przychody miesięczne w rozumieniu prawa o podatku dochodowym (np. wynagrodzenie brutto za pracę świadczoną w wymiarze większym niż marginalny, przychody z wynajmu i dzierżawy, przychody z zysków kapitałowych), Pozostałe przychody (np. odprawa z tytułu utraty zatrudnienia) <sup>3</sup> <small>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)<sup>3</sup></small>	_____ Euro  _____ (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)	_____ Euro  _____ (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)	_____ Euro  _____ (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)	_____ Euro  _____ (Rodzaj dochodów) (Art der Einkünfte)

<sup>3</sup> Proszę dołączyć odpowiednie dokumenty (np. zaświadczenie o wynagrodzeniu, decyzję o wymiarze podatku dochodowego, decyzję o wysokości emerytury).  
 Bitte entsprechende aktuelle Nachweise beifügen (z. B. Entgeltbescheinigung, Einkommensteuerbescheid, Rentenbescheid).

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

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Mażonek/matżonka (Ehepartner)	Dziecko 1 (Kind 1)	Dziecko 2 (Kind 2)	Dziecko 3 (Kind 3)
Własny numer ubezpieczenia emerytalnego (nr RV) Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
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:** Abyśmy mogli ocenić ubezpieczenie rodzinne, wymagana jest Państwa współpraca zgodnie z §§ 10, 289 SGB V. Dane muszą zostać zebrane w celu ustalenia stosunku ubezpieczenia (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, §§ 25 i 94 SGB XI). Podanie danych oznaczonych \* jest dobrowolne. Mogą się Państwo w dowolnym momencie sprzeciwić się wykorzystywaniu tych danych w przyszłości, kontaktując się z IKK classic. Dane nie będą przekazywane osobom trzecim. Więcej informacji można znaleźć na stronie [ikk-classic.de/datenschutz](http://ikk-classic.de/datenschutz)

**Datenschutzhinweis:** Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, §§ 25 und 94 SGB XI) zu erheben. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig. Der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [ikk-classic.de/datenschutz](http://ikk-classic.de/datenschutz)

## Ubezpieczenie rodzinne – Ważne wskazówki dot. formularza

Stan: Styczeń 2025 r. | Więcej informacji dostępnych jest na stronie [ikk-classic.de/familienversicherung](http://ikk-classic.de/familienversicherung)

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

Ubezpieczenie rodzinne można zawrzeć tylko w przypadku, gdy nie zostaną przekroczone określone limity dochodu (przykładowo limit dochodu całkowitego w roku 2025: 535,00 EUR/miesiąc). Proszę wpisać obecne przychody członków rodziny.

### 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

#### 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 (Limit dochodu całkowitego współmałżonka ubezpieczonego prywatnie w roku 2025: 6150,00 EUR/miesiąc, w przypadku współmałżonków, którzy na dzień 31.12.2002 r. byli zwolnieni z ubezpieczenia i byli ubezpieczeni prywatnie, w roku 2025: 5512,50 EUR/miesiąc). 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. Prześliśmy 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 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 przelać.

#### 5.2 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.

#### 5.3 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.

#### 5.4 Zatrudnienie w minimalnym wymiarze godzin

Zatrudnienie w minimalnym wymiarze godzin to tak zwana mini-praca (Limit niskiego dochodu w roku 2025: 556,00 EUR/miesiąc). Jeśli nie jesteś pewien, czy zatrudnienie Twojego członka rodziny zalicza się do mini-pracy, to proszę dopytać u pracodawcy lub dosłać 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 5.3.

#### 5.5 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.

#### 5.6 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 wpisać tutaj numery ubezpieczenia emerytalnego, nazwiska rodowe, miejsca urodzenia, kraje urodzenia i narodowości członków rodziny.

#### Podpisy

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