

OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony (art.75§2 KPA)

Ja niżej podpisany(a)
zamieszkały(a)
kod pocztowy miejscowość
ulicanr. domu.....nr mieszkania.....
seria i numer dowodu osobistego.....pesel.....

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku kodeks karny (Dz. U. nr 88 z 1997 roku pozycja 553) za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy

W związku ze złożeniem wniosku o przyznanie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego / specjalnego zasiłku opiekuńczego* na osobę niepełnosprawną oświadczam co następuję:

1. Nie pozostaję/pozostaję* w zatrudnieniu w tym nie* jestem na urlopie wychowawczym.
2. Nie jestem / jestem zarejestrowana (y)* w Powiatowym Urzędzie Pracy.
3. Nie pobieram/pobieram* emerytury, renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego.
4. Nie podlegam/ podlegam* obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innych tytułów, KRUS, ZUS.
5. Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia społecznego¹
6. Nie legitymuję się /legitymuję się* orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
7. Członkowie mojej rodziny są zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu (np. zatrudnienia współmałżonka).....
8. Nie podlegam/ podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu wobec czego proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujące osoby*:

.....

Lp.	Imię i Nazwisko	PESEL:	Stopień pokrewieństwa
1			
2			
3			
4			

Zobowiązuję się poinformować organ wypłacający świadczenia pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy o każdej zmianie mającej wpływ na prawo do świadczeń w/w, w tym także podjęciu pracy oraz o każdym wyjeździe poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na okres dłuższy niż jeden miesiąc w celach zarobkowych.

Miejscowość.....

Data

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

¹ zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego przez DŚRiDM dotyczy osób których okres ubezpieczenia nie przekracza 20-letniego przez kobiety i 25-letniego przez mężczyznę

Art. 1 ust.3 ustawy o świadczeniach rodzinnych- Świadczenia rodzinne przysługują osobom, o których mowa w ust. 2, jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenia rodzinne, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Art. 233. KK§ 1 -Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 233. KK§ 1a - Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 233. KK§ 2 - Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.