Legnica, dnia .....

.....
Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o specjalny zas. opiekuńczy

59-220 Legnica, ul.

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE ZŁOŻONE NA POTRZEBY USTALENIA PRAWA
DO ~~SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO~~/ ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO

I. INFORMACJĘ DOTYCZĄCE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania .....

Stan cywilny .....

II. INFORMACJA NA TEMAT OSÓB , NA KTÓRYCH CIĄŻY OBOWIĄZEK ALIMENTACYJNY W STOSUNKU DO OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (DANE INNYCH OSÓB NIŻ WNIOSKODAWCA) :

1. Dane osób spokrewnionych w pierwszym stopniu (imię i nazwisko; wiek, adres zamieszkania, sytuacja rodzinna, zawodowa, dlaczego nie są w stanie sprawować opieki nad osobą wymagającą opieki)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis wnioskodawcy

III.INFORMACJE NA TEMAT OSÓB, NA KTÓRYCH CIĄŻY OBOWIĄZEK W STOSUNKU DO OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI (DANE WNIOSKODAWCY)

1.Mam / nie mam * ustalone prawo do emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego
podlegam / nie podlegam * ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z innych tytułów
mam/ nie mam * ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego lub świadczenia pielęgnacyjnego
legitymuje / nie legitymuje * się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności

(Jeżeli tak : rodzaj świadczenia, okres przyznania świadczenia, z jakiego tytułu)

.....

.....

2. Na osobę wymagającą opieki członek rodziny jest uprawniony/ nie jest uprawniony * za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

3.Posiadamy/ nie posiadam* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy
(jeżeli tak, rodzaj i stopień niepełnosprawności/ niezdolności do pracy, termin ważności orzeczenia).....

.....

.....

4.Oświadczam, że rezygnuje / nie rezygnuje * z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami : konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji w celu sprawowania opieki nad :

.....

Formy i zakres sprawowanej opieki, częstotliwość :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Zostałam/ łem uprzedzona (y) o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania pod rygorem art 233 § 1 kodeksu karnego (Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzącym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3).
JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA.

.....
data i podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić