Legnica, dnia .....

.....
imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Stosownie do art.75 § 2 kpa uprzedzona/ uprzedzony ** o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania pod rygorem art.233 § 1 kodeksu karnego*, w związku z prowadzonym postępowania administracyjnym w sprawie udzielenia świadczeń, będąc stroną tego postępowania oświadczam, że :

1.podlegam/ nie podlegam ** ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

.....

2. składka zdrowotna jest odprowadzana od dnia.....

przez.....

3.dzieci pozostające na moim utrzymaniu zostały/ nie zostały ** zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu

.....

4. nie mam możliwości / mam możliwość ** korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego najbliższego członka rodziny i zobowiązuję się skorzystać z tego uprawnienia w terminie 14 dnia od daty złożenia niniejszego oświadczenia oraz niezwłocznie powiadomić o tym ośrodek pomocy społecznej

5.zostałam poinformowana/ zostałem poinformowany ** o konsekwencjach nie wywiązywania się ze zobowiązania, o którym mowa w pkt 4.

Ośrodek Pomocy Społecznej po upływie wyznaczonego terminu zaprzestanie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam/ posiadam ponad 20 lat – kobiety, 25 lat – mężczyźni lat okresów składkowych i nieskładkowych.

W przypadku ubiegania się o ubezpieczenie zobowiązuję się do dostarczenia w terminie 14 dni : decyzji o ustaleniu kapitału początkowego, świadectw pracy od stycznia 1999r., aktów ur. dzieci, zaświadczenia z.Powiatowego Urzędu Pracy o okresach pobierania zasiłku dla bezrobotnych.

O każdorazowej zmianie związanej z ubezpieczeniem emerytalno - rentowym i zdrowotnym zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić ośrodek pomocy społecznej.

*) art.233 § 1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat **) niepotrzebne skreślić.

**) niepotrzebne skreślić

.....
podpis osoby składającej oświadczenie