………………………………………………. ……………………………………..

 (imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……………………………………………….

 (miejsce zamieszkania)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 **do wniosku o ustalenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego/specjalnego zasiłku opiekuńczego w celu ustalenia prawa do ubezpieczenia emerytalno-rentowego i ubezpieczenia zdrowotnego**

Ja niżej podpisany/a, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego ,,kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3’’, oświadczam:

1. Bezpośrednio przed złożeniem wniosku o ustalenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego/ specjalnego zasiłku opiekuńczego:

⁯ pobierałem/łam świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy,

⁯ pracowałem/łam w zakładzie pracy,

⁯ byłem/łam osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy,

⁯ byłem/łam osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy,

⁯ ……………………………………………………………………………………………….

2. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu z innego tytułu (np. KRUS)

⁯ TAK

⁯ NIE

3. Oświadczam, że ubezpieczeniem zdrowotnym jako członkowie rodziny:

⁯ ubezpiecza …………………………………………………

⁯ nie podlegam ubezpieczeniu

4. Moje miejsce zamieszkania jest zgodne z miejscem zameldowania ⁯ TAK ⁯ NIE

adres zamieszkania …………………………………………………………………

adres zameldowania ………………………………………………………………..

5. Przy ubezpieczeniu zdrowotnym proszę o objecie ubezpieczeniem następujących członków rodziny – data uzyskania/ utraty ubezpieczenia, imię i nazwisko, pesel, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności :

1. …………………………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………………………….

........................................................

 podpis osoby składającej oświadczenie