

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE
ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNEGO / SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Ja niżej podpisana/y, jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia¹, składam stosowne do art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego² oświadczenie następującej treści:

¹Art 23 ust. 5c ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 111) Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

²Art. 75 § 2. ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. (t. j. Dz. U. z 2020r. poz. 256) Kodeksu postępowania administracyjnego. Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenia złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania. Przepis art. 83 § 3 stosuje się odpowiednio.

1. oświadczam, że SPRAWUJĘ osobistą opiekę nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NIE JESTEM | <input type="checkbox"/> JESTEM osobą podejmującą zatrudnienie. |
| <input type="checkbox"/> NIE JESTEM | <input type="checkbox"/> JESTEM osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy. |
| <input type="checkbox"/> NIE JESTEM | <input type="checkbox"/> JESTEM uprawniona/y do świadczeń emerytalno – rentowych. |

Do chwili obecnej mam przepracowane lat pracy.

Składkę zdrowotną mam opłacaną przez

Decyzję administracyjną:

- odbiorę osobiście po uprzednim powiadomieniu przez MOPR e-mailowo, telefonicznie lub sms-em
- należy przesłać na adres wskazany we wniosku

data, podpis osoby składającej oświadczenie

Zostałem/am poinformowany/a, że wypłata przyznanych świadczeń następuje zgodnie z wybraną formą płatności po odbiorze decyzji przyznającej świadczenia.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości ubiegania się o wszystkie świadczenia realizowane przez tutejszy Dział Świadczeń Rodzinnych.

Ponadto oświadczam, iż o wszelkich zmianach w sytuacji rodzinnej, zawodowej i dochodowej mającej wpływ na wypłatę świadczeń rodzinnych niezwłocznie powiadomię tutejszy Ośrodek.

data, podpis osoby składającej oświadczenie

data, podpis pracownika MOPR odbierającego oświadczenie