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

I. INFORMACJE 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, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

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

.....

.....

4. Oświadczam, że rezygnuję / nie rezygnuję * z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą sie 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 ograniczona 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 prowadzonym 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