

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZASIŁKU PIELEGNACYJNEGO

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Ja niżej podpisa/a, 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 2016r. poz. 1518 ze zm.) Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

²Art. 75 § 2. ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1257) 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, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania. Przepis art. 83 § 3 stosuje się odpowiednio.

1. Oświadczam, że **nie składałem/am i nie zamierzam składać** odwołania od Orzeczenia Powiatowego /Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z dnia otrzymanego w dniu

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż ewentualne odwołanie może mieć wpływ na prawo do świadczeń rodzinnych.

Ponadto oświadczam, że:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie jestem uprawniony
do świadczeń emerytalno – rentowych z ZUS /KRUS /MSWiA
rodzaj i numer świadczenia | <input type="checkbox"/> jestem uprawniony |
| <input type="checkbox"/> nie jestem uprawniony
do dodatku pielęgnacyjnego z ZUS /KRUS /MSWiA | <input type="checkbox"/> jestem uprawniony |
| <input type="checkbox"/> nie ubiegam się
o dodatek pielęgnacyjny z ZUS /KRUS /MSWiA | <input type="checkbox"/> ubiegam się |
| <input type="checkbox"/> nie ubiegam się
o zasiłek pielęgnacyjny poza granicami kraju lub w innej gminie | <input type="checkbox"/> ubiegam się |
| <input type="checkbox"/> inne | |

Decyzję administracyjną:

- odbiorę osobiście po uprzednim powiadomieniu przez MOPR e-mailowo, telefonicznie lub sms-em
- należy przestać 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 mających wpływ na wypłatę zasiłku pielęgnacyjnego niezwłocznie powiadomię tutejszy Ośrodek.

.....
data, podpis osoby składającej oświadczenie

.....
data, podpis pracownika MOPR odbierającego oświadczenie