

Krapkowice, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

## OŚWIADCZENIE

dotyczące ustalenia organu właściwego do realizacji świadczeń

Zgodnie z art. 3 pkt. 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016r., poz. 1518 z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 2 pkt. 16 ustawy z dnia 11 lutego 2016r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2016 r., poz. 195 z późn. zm.)

**do członków rodziny zalicza się:**

- małżonków,
- rodziców dzieci,
- opiekuna faktycznego dziecka,
- pozostające na ich utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także dzieci, które ukończyły 25. rok życia, legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna.

**Oświadczam, że żaden z członków mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. Oświadczam także, że żaden z członków mojej rodziny:**

- NIE JEST ZATRUDNIONY POZA GRANICAMI POLSKI
- NIE PROWADZI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ZA GRANICĄ
- NIE OTRZYMUJE ZAGRANICZNEJ RENTY, EMERYTURY
- NIE OTRZYMUJE ZAGRANICZNEGO ZASIŁKU DLA BEZROBOTNYCH.

**Ponadto oświadczam, że żadnemu członkowi mojej rodziny nie przysługują świadczenia za granicą, w tym:**

- zasiłek rodzinny,
- świadczenie rodzicielskie,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- świadczenie pielęgnacyjne,
- specjalny zasiłek opiekuńczy,
- zasiłek dla opiekuna,
- świadczenie wychowawcze,
- jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

**W przypadku zmiany zobowiązuję się do poinformowania o tym w trybie niezwłocznym Dział Świadczeń Rodzinnych i Funduszu Alimentacyjnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krapkowicach.**

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)