

.....
(imię i nazwisko)

Krapkowice, dnia.....

.....
(adres)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wcześniej nie pobierałem/nie pobierałam zasiłku pielęgnacyjnego.

Oświadczam, iż wcześniej pobierałem/pobierałam zasiłek pielęgnacyjny.

Zasiłek pielęgnacyjny pobierany był przeze mnie w okresie:

od do

Zasiłek pielęgnacyjny wypłacany był przez Organ:

.....
.....

Zasiłek pielęgnacyjny przyznany był na:

.....

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam uprawnienia do pobierania świadczeń

emerytalno-rentowych z ZUS / KRUS /

**Oświadczam, że nie będę odwoływać się od orzeczenia
o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności.**

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 2020r., poz. 111 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,
- 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)