

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość i data)

.....
(miejsce zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

do wniosku o świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy/ zasiłek dla opiekuna*

w celu ustalenia prawa do ubezpieczenia emerytalno- rentowego i ubezpieczenia zdrowotnego

Ja niżej podpisany uprzedzony o odpowiedzialności karnej z 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, oświadczam:

1. Czy osoba ubiegająca się bezpośrednio przed złożeniem obecnego wniosku o świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna*:
 pobierała świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna*
 pracowała w zakładzie pracy,
 osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy,
 osoba bezrobotna nie zarejestrowana w urzędzie pracy

2. Czy osoba wnioskująca o świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna* podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu z innego tytułu (np. KRUS):
 TAK
 NIE
3. Oświadczam, że ubezpieczeniem zdrowotnym jako członkowie rodziny:
 ubezpiecza
 nie podlegam ubezpieczeniu
4. Czy miejsce zamieszkania jest zgodne z miejscem zameldowania TAK NIE

adres zamieszkania

adres zameldowania

5. Przy ubezpieczeniu zdrowotnym proszę o objęcie ubezpieczeniem następujących członków rodziny – data uzyskania/utruty ubezpieczenia, nazwisko i imię, stopień niepełnosprawności, czy osoba pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną jeśli nie – należy podać adres:

1

2

3

4

5

* niepotrzebne skreślić

6. Ustalenie okresu podlegania ubezpieczeniom składowym i nieskładkowym.

W okresie od – do	Zatrudnienie, prowadzenie działalności, okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku stałego, służby wojskowej, itp.

Łączny okres podlegania ubezpieczeniom społecznym (okresy składkowe i nieskładkowe) wynosi:

Na podstawie wyżej wymienionych danych wnoszę o objęcie ubezpieczeniem:

- emerytalno - rentowym
- zdrowotnym

.....
(podpis)