

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się)

Rawicz,

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE

Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako bezrobotna/y lub poszukująca/y pracy,

Oświadczam, że:

1. **od dnia** **nie podejmuję zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej / rezygnuję z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej** * w celu sprawowania opieki nad moją/moim.....

(imię i nazwisko osoby, nad którą sprawowana jest opieka, stopień pokrewieństwa)

która/y jest

(stan cywilny osoby, nad którą sprawowana jest opieka)

2. **mam / nie mam*** ustalonego prawa do emerytury, renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rodzicielskiego lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego,

3. **mam / nie mam** * ustalonego prawo/a do zasiłku dla opiekuna, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego

4. **pracuję/ nie pracuję** * w gospodarstwie rolnym

5. zaprzestałem/am prowadzenia gospodarstwa rolnego albo wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym od dnia

6. **posiadam / nie posiadam*** orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności.

7. na osobę wymagającą opieki inna osoba **ma ustalone/ nie ma ustalonego*** prawo do wcześniejszej emerytury

8. na osobę wymagającą opieki **jest ustalone prawo / nie jest ustalone prawo*** do dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10 ustawy o świadczeniach rodzinnych (dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w czasie urlopu wychowawczego), prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku dla opiekuna

9. na osobę wymagającą opieki inna osoba **nie jest uprawniona / jest uprawniona*** 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.

10. Osoba wymagająca opieki Pan/i **pozostaje / nie pozostaje*** w związku małżeńskim.

11. Współmałżonek osoby wymagającej opieki Pan / Pani **legitymuje się orzeczeniem / nie posiada orzeczenia*** o znacznym stopniu niepełnosprawności.

12. Osoba wymagająca opieki **została umieszczona / nie została umieszczona*** w rodzinie zastępczej z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej, rodzinnym domu dziecka albo ,w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, z wyjątkiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, i korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu.

Oświadczam, że nie ma innej osoby spokrewnionej w pierwszym stopniu, która mogłaby sprawować opiekę nad moją / moim

ponieważ

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.
Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Rawicz, dnia

.....
(podpis)

* niepoprawne wykreślić