

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania
.....

OŚWIADCZENIE DO USTALENIA PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO I ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który brzmi: „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam co następuje:

1. Stan cywilny osoby wymagającej opieki
2. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą wymagającą opieki
3. Czy współmałżonek osoby wymagającej opieki jest niepełnosprawny w stopniu znacznym **(jeżeli tak należy dołączyć stosowny dokument)** ?
 tak nie
4. Czy członek rodziny osoby sprawującej opiekę ma ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub prawo do zasiłku dla opiekuna
 tak
(imię i nazwisko osoby uprawnionej, rodzaj świadczenia)
 nie
5. Czy na osobę wymagającą opieki jest ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub prawo do zasiłku dla opiekuna
 tak
(rodzaj świadczenia)
 nie
6. Czy jest Pan/Pani uprawniony/a do renty rodzinnej z tytułu śmierci współmałżonka?
 tak nie

Jeżeli „tak” proszę podać czy zrezygnował/a Pan/Pani z innych świadczeń emerytalno-rentowych na rzecz renty rodzinnej z tytułu śmierci współmałżonka

.....
.....
.....

7. Czy jest Pan/Pani uprawniony/a do następujących świadczeń:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) emerytury | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| b) renty | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| c) renty socjalnej | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| d) zasiłku stałego | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| e) nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| f) zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| g) specjalnego zasiłku opiekuńczego,
świadczenia pielęgnacyjnego,
zasiłku dla opiekuna | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

8. Do kiedy trwało ostatnie zatrudnienie/inna praca zarobkowa oraz z jakiego powodu ono ustało?

a) data zakończenia zatrudnienia/innej pracy zarobkowej

b) nazwa oraz adres ostatniego zakładu pracy/pracodawcy

.....
.....
.....
.....

c) powód ustania zatrudnienia/innej pracy zarobkowej

.....
.....
.....

d) nie podejmowałam zatrudnienia, gdyż **(proszę podać przyczyny)**

.....
.....
.....
.....
.....

9. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o grupie inwalidzkiej, o niezdolności do pracy, inne, jeżeli tak proszę załączyć je do wniosku)

tak, posiadam
(wpisać rodzaj oraz stopień orzeczenia)

nie posiadam

10. Czy opiekuje się Pan/Pani inną osobą niepełnosprawną? (jeśli tak proszę podać wiek, stopień niepełnosprawności i pokrewieństwo tej osoby)

.....
.....
.....
.....

11. Czy osoba niepełnosprawna, na którą ubiega się Pan/Pani o świadczenie wymaga **stałej** opieki? **(jeśli tak proszę podać od kiedy)**

.....
.....
.....
.....

12. Od kiedy **sprawuje** Pan/Pani opiekę nad osobą niepełnosprawną, na którą wnioskuje Pan/Pani o świadczenie?

.....
.....
.....

13. Czy opiekę nad osobą niepełnosprawną sprawuje Pan/Pani samodzielnie?

- tak
- nie

14. Czy przed objęciem przez Pana/Panią opieki nad osobą niepełnosprawną opiekę tę sprawowała inna osoba? **(jeśli tak, proszę podać kto i dlaczego nie sprawuje tej opieki w chwili obecnej)**

.....
.....
.....
.....

15. Proszę opisać w jaki sposób sprawuje Pan/Pani opiekę nad osobą wymagającą opieki **(ze szczególnym uwzględnieniem czynności związanych z niepełnosprawnością osoby).**

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

16. Czy Jest Pan/Pani:

- a. rolnikiem tak nie
- b. małżonkiem rolnika tak nie
- c. domownikiem rolnika tak nie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Jeśli jest Pan/Pani ROLNIKIEM proszę napisać oświadczenie czy w związku ze sprawowaniem opieki nad osobą niepełnosprawną zaprzestał/zaprzestała Pan/Pani prowadzenia gospodarstwa rolnego:

Oświadczam, że

.....

.....

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis osoby składającej
oświadczenie

Jeśli jest Pan/Pani MAŁŻONKIEM ROLNIKA LUB DOMOWNIKIEM ROLNIKA proszę napisać oświadczenie czy w związku ze sprawowaniem opieki nad osobą niepełnosprawną zaprzestał/zaprzestała Pan/Pani prowadzenia gospodarstwa rolnego lub zaprzestał/zaprzestała Pan/Pani wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.

Oświadczam, że

.....

.....

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis osoby składającej
oświadczenie