……………………………………………………….. Kęsowo, ……………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………….

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**Do wniosku o świadczenie pielęgnacyjne**

**W celu ustalenia prawa do ubezpieczenia emerytalno – rentowego i ubezpieczenia zdrowotnego**

 **Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo składania fałszywych zeznań** ( w 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 od 6 miesięcy do lat 8”) oświadczam, że:

1. **Czy osoba ubiegająca się bezpośrednio przed złożeniem obecnego wniosku o świadczenie pielęgnacyjne:**

⃝ pobierała świadczenie pielęgnacyjne

⃝ pracowała w zakładzie pracy

⃝ była zarejestrowana jako osoba bezrobotna w urzędzie pracy

⃝ była osobą nieaktywną zawodowo (osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP)

⃝ inne ……………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Czy osoba wnioskująca o świadczenie pielęgnacyjne podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu z innego tytułu (np. KRUS):**

⃝ TAK

⃝ NIE

1. **Oświadczam, że ubezpieczeniem zdrowotnym jako członkowie rodziny:**

⃝ ubezpiecza ………………………………………………………………………………………………………………………

⃝ nie podlegam ubezpieczeniu

1. **Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny (wypełnić tylko w przypadku, gdy nie ma ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu niż świadczenia rodzinne):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwisko**  | **Imię**  | **PESEL** | **Stopień pokrewieństwa** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Ustalenie okresu podlegania ubezpieczeniom składkowym i nieskładkowym.**

|  |  |
| --- | --- |
| W okresie od - do | Zatrudnienie, prowadzenie działalności gospodarczej, okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku stałego, renty, służby wojskowej itp.  |
|  |  |

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Na podstawie wyżej wymienionych danych wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem:**

⃝ emerytalno - rentowym

⃝ zdrowotnym

***Dane powyższe podałam (em) zgodnie z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.***

 ………………………………………………………..

 Czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić