

Kodeks karny:

Art.233 § 1. 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 8 lat.**

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Koszalin, dnia.....

.....
(podpis oświadczającej/go)

OŚWIADCZENIE

(dotyczy świadczenia pielęgnacyjnego obowiązujących na zasadach od 01 stycznia 2024 r.)

Część I

Ja.....córka/syn.....Ur.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

(data urodzenia)

legitymująca(y) się dowodem osobistym.....PESEL

(seria i numer)

1. Mam ustalone prawo do:

a) 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, świadczenia przedemerytalnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym, lub świadczenia pieniężnego przyznanego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia

.....
(jeśli TAK, wpisać właściwe)

b) specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

.....
(jeśli TAK, wpisać właściwe)

c) legitymuję się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności: **TAK / NIE***

2. Ostatnie zatrudnienie trwało do ustało w wyniku/
NIE DOTYCZY*

3. Mam 20-letni kobiety/25-letni mężczyźni okres składkowy/nieskładkowy: **TAK / NIE***

4. Ponieważ nie mam 20-letniego kobiety/25-letniego mężczyźni okresu składkowego/nieskładkowego proszę o ubezpieczenie społeczne: **TAK / NIE***

5. Oświadczam, że mam inny tytuł, z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne:
TAK / NIE*

Jeśli tak to podać z jakiego tytułu.....

6. Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego: **TAK / NIE*** (jeśli tak, uzupełnić poniższe)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stopień pokrewieństwa)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stopień pokrewieństwa)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stopień pokrewieństwa)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stopień pokrewieństwa)

Część II

1. Stopień pokrewieństwa osoby wymagającej opieki:

.....
(np. dziecko, brat, siostra)

2. Stan cywilny osoby wymagającej opieki:

.....
(np. zamężna, żonaty, , panna, kawaler)

3. Czy na osobę wymagającą opieki inna osoba:

- a) ma ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego,
- b) 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

.....
(jeśli TAK, wpisać właściwe)

4. Czy osoba wymagająca opieki została umieszczona w:

.....
(np. 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)– jeśli TAK wpisać właściwe)

Koszalin, dnia

.....
(czytelny podpis oświadczającej/go)

5. Inne

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

.....
**data, imię i nazwisko oraz stanowisko pracownika
przyjmującego oświadczenie**

.....
**miejsowość, data, czytelny podpis
oświadczającej/go**

***zaznaczyć właściwe**