

Oświadczenie dotyczące osoby uprawnionej do pobierania
świadczenia pielęgnacyjnego

Nazwisko Imię

PESEL NIP

Nr i seria dokumentu tożsamości (dowód osobisty)

Data urodzenia / / Miejsce urodzenia

dzień miesiąc rok

Nazwisko rodowe Obywatelstwo

Stan cywilny

Adres stałego zameldowania

kod pocztowy miejscowość gmina ulica numer domu

Adres czasowego zameldowania

kod pocztowy miejscowość gmina ulica numer domu

Adres do korespondencji

kod pocztowy miejscowość gmina ulica numer domu

POSIADAM okres ubezpieczenia emerytalno rentowego (składkowy i nieskładkowy) wynoszący na dzień złożenia wniosku

Mam ustalone prawo do :

1. EMERYTURY od dnia

wpisać TAK lub NIE

2. RENTY RODZINNEJ od dnia

wpisać TAK lub NIE

3. RENTY SOCJALNEJ od dnia

wpisać TAK lub NIE

4. RENTY INWALIDZKIEJ od dnia

wpisać TAK lub NIE

Jestem zarejestrowany (a) w Powiatowym Urzędzie Pracy TAK NIE*

POSIADAM / NIE POSIADAM* gospodarstwo rolne o powierzchni

ha fizyczne ha przeliczeniowe

* właściwe podkreślić

WSPÓLMALŻONEK POSIADA / NIE POSIADA * gospodarstwo rolne
o powierzchni
 ha fizyczne ha przeliczeniowe

Mam orzeczony stopień niepełnosprawności

LEKKI na okres od dnia do dnia

UMIARKOWANY na okres od dnia do dnia

ZNACZNY na okres od dnia do dnia

NIE MAM ORZECZONEGO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

MAM / NIE MAM * opłacaną składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Wraz ze mną mieszkają osoby blisko spokrewnione (małżonkowie, dzieci,
wnuki, dziadkowie), które mają opłacaną składkę zdrowotną. TAK NIE*
/jeżeli tak to proszę wpisać kto i z jakiego tytułu ma prawo do ubezpieczenia
zdrowotnego/

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

Współmałżonek jest:

1. osobą zatrudnioną na podstawie: umowy o dzieło, umowy zlecenie,
umowy o pracę, innej (proszę podkreślić właściwą)
2. osobą prowadzącą działalność gospodarczą
3. osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy
4. rencistą, emerytem
5. nie dotyczy *

* właściwe podkreślić

.....
Data i podpis