**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**O NIEKORZYSTANIU Z DODATKU PIELEGNACYJNEGO WYPŁACANANEGO PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH LUB INNY ORGAN EMERYTALNY LUB RENTOWY**

1. **Wypełniaj WIELKIMI LITERAMI.**
2. **Pola "Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość" dotyczą tylko tych osób, którym nie nadano numeru PESEL.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 01. Imię | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 02. Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 03. Numer PESEL | | | | | | | | | | |  | | 04. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Imię | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Numer PESEL | | | | | | | | | | |  | | Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | (1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**OŚWIADCZAM, ŻE NIE MAM** **WYPŁACANEGO DODATKU PIELĘGNACYJNEGO PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH LUB INNY ORGAN EMERYTALNY LUB RENTOWY.**

1. Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego wypłacanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub inny organ emerytalny lub rentowy.
2. Osobie, której przyznano dodatek pielęgnacyjny za okres, za który wypłacono zasiłek pielęgnacyjny, Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub inny organ emerytalny lub rentowy, który przyznał dodatek pielęgnacyjny, wypłaca emeryturę lub rentę pomniejszoną o kwotę odpowiadającą wysokości wypacanego za ten okres zasiłku pielęgnacyjnego i przekazuję tę kwotę na rachunek bankowy organu właściwego.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Miejscowość) |  | (Data: dd/mm/rrrr) |  | (Podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie) |