

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
KASA/KONTO

OŚWIADCZENIE DO USTALENIA PRAWA DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO

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. Czy osoba wymagająca opieki wychowuje dzieci do 25 roku życia?
 tak nie
3. Czy osoba sprawująca opiekę wychowuje dzieci do 25 roku życia?
 tak nie
4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą wymagającą opieki
5. 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 albo prawo do świadczenia pielęgnacyjnego
 tak
(imię i nazwisko osoby uprawnionej, rodzaj świadczenia)
 nie
6. 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 albo prawo do świadczenia pielęgnacyjnego
 tak
(rodzaj świadczenia)
 nie
7. 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

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

8. 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 lub świadczenia pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

9. Proszę podać przyczyny rezygnacji z zatrudnienia.

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

10. 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)**

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

11. 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

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

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

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

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

14. Od kiedy **sprawuje** Pan/Pani opiekę nad osobą niepełnosprawną, na którą wnioskuję Pan/Pani o specjalny zasiłek opiekuńczy?

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

15. Czy opiekę nad osobą niepełnosprawną sprawuje Pan/Pani samodzielnie? **(jeżeli nie, proszę wymienić pozostałe osoby sprawujące opiekę oraz zakres tej opieki)**

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

18. Czy podlega Pan/Pani obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z innych tytułów?

Tak, jestem ubezpieczony społecznie w:

ZUS

KRUS

WBA

MSWiA

Inne (proszę wskazać nazwę właściwej instytucji)

z tytułu

Nie jestem ubezpieczony społecznie.

19. Czy Pan/Pani jest właścicielem/współwłaścicielem gospodarstwa rolnego?

tak

nie

20. Jestem ubezpieczony zdrowotnie w
(nazwa instytucji)

z tytułu

Nie jestem ubezpieczony zdrowotnie.

21. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy.

Nie jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie