

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku
opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna, za którą będą opłacane składki na ubezpieczenie
emerytalne i rentowe

I. Oświadczam, że:

- ☐ nie podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu
☐ podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu w:

.....
(podać instytucję, która opłaca składki)

II. Oświadczam, że:

- ☐ posiadam wymagany okres podlegania ubezpieczeniu (składkowy i nieskładkowy) zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.2013.1440 j.t.) i nie wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym
☐ nie posiadam wymaganego okresu podlegania ubezpieczeniu i wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.
Dotychczasowe okresy podlegania ubezpieczeniu wynoszą:
okres składkowy.....
okres nieskładkowy

III. Dodatkowe oświadczenie dla osób będących rolnikiem, małżonkiem rolnika lub domownikiem w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2013 r. poz. 1403, 1623 i 1650).

Oświadczam, że:

- ☐ jestem rolnikiem i prowadzę gospodarstwo rolne od dnia
☐ jestem małżonkiem rolnika/ domownikiem i pracuję w gospodarstwie rolnym od dnia
☐ zaprzestałam/em prowadzenia gospodarstwa rolnego/ wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym od dnia:
☐ nie dotyczy

Oświadczam, że przedstawione dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, podpis osoby ubiegającej się)

*) Należy zaznaczyć właściwy kwadrat

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE¹
osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku
opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna, za którą będzie opłacana składka na
ubezpieczenie zdrowotne

Oświadczam, że przedstawione poniżej dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam* ubezpieczeniu zdrowotnemu

1. Nazwa instytucji, która jako ostatnia odprowadzała składkę na ubezpieczenie zdrowotne

.....
oraz tytuł stanowiący podstawę ubezpieczenia.....

i data ustania ubezpieczenia

2. Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, z tytułu pobieranego świadczenia
pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna wraz z
następującymi członkami rodziny²:

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

- Oświadczam, że osoby wymienione wyżej nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu.

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

¹ Do oświadczenia należy dołączyć wypełnione formularze ZZA, ZUA lub ZCNA

² Za członka rodziny uważa się: 1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku. 2. małżonka. 3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym