Centrum Świadczeń Socjalnych
w Łodzi
ul. Urzędnicza 45
91-304 Łódź

Łódź, dnia ……..

.....
(imię i nazwisko)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:
Pani/Pan……..*)

1. Pobiera(m) / nie pobiera(m)** z ZUS/KRUS/inne……
   (np.: emeryturę, rentę rodzinną, rentę z tytułu niezdolności do pracy itp.) - *w przypadku pobierania w załączeniu kopia dokumentu*
2. Posiada(m) / nie posiada(m)** orzeczenie Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia lub orzeczenie lekarza orzecznika o:

- ◻ całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji (dawna I grupa inwalidzka)
- ◻ całkowitej niezdolności do pracy (dawna II grupa inwalidzka)

3. Jest(em) / nie jest(em)*)* uprawniony do dodatku pielęgnacyjnego

*) wypełnić w przypadku, gdy o zasiłek pielęgnacyjny ubiega się opiekun prawny lub inna osoba upoważniona przez osobę uprawnioną
**) niepotrzebne skreślić
◻ pola wyboru: zaznacz X

…….
.
……
…….

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) oświadczam, że: **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**.

……..... ……
(czytelny podpis lub pieczątka i podpis pracownika)

……...
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)