…………………………………..………….…./………………………………………
Miejscowość Data

...……………………………………………………………..……………….

Imię i nazwisko

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

PESEL

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

Podaj numer sprawy świadczenia z ZUS,
jeżeli został ustalony

# Oświadczenie w sprawie świadczenia pielęgnacyjnego

Ja, niżej podpisana/ podpisany\* ………………………………………..……………………………....... oświadczam,
że nie pobieram świadczenia pielęgnacyjnego/ pobieram świadczenie pielęgnacyjne\*, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, wypłacane przez

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

podaj nazwę oraz adres organu wypłacającego świadczenie

 …………………………………………..

 Podpis wnioskodawcy

\* Niepotrzebne skreślić