

Moszczenica, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 75 §2 Kodeksu postępowania administracyjnego i uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam, że:

- 1) Nie posiadam/posiadam* wymagany okres ubezpieczenia (składkowy, nieskładkowy) tj. 20 lat dla kobiet; 25 lat dla mężczyzn
- 2) Nie posiadam/posiadam* opłacaną składkę na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z tytułu
- 3) Nie podlegam/podlegam* ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu
- 4) Nie pozostaje/pozostaje* w zatrudnieniu

*właściwe podkreślić

.....
(podpis)

Wypełnić w przypadku braku możliwości opłacania składek z innego tytułu.

Zwracam się z prośbą o opłacanie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Moszczenicy przy świadczeniu pielęgnacyjnym/specjalnym zasiłku opiekuńczym składki:

.....
(podpis)