

....., dnia
(miejscowość) (data)

**Gminny Ośrodek Pomocy
Społecznej w Wojniczu**

O Ś W I A D C Z E N I E
dot. uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych

Ja niżej podpisany(a) _____

zamieszkały(a): _____

legitymujący(a) się dowodem osobistym (seria i numer): _____

PESEL: _____

przyjmuję do wiadomości, co następuje:

- 1. Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania. Przepis art. 83 § 3* stosuje się odpowiednio (art. 75 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego)**
- 2. 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 (art. 233 § 1 Kodeksu karnego)**

** Przed odebraniem zeznania organ administracji publicznej uprzedza świadka o prawie odmowy zeznań i odpowiedzi na pytania oraz o odpowiedzialności za fałszywe zeznania (art. 83 § 3 kodeksu postępowania administracyjnego).*

.....
(podpis składającego oświadczenie)

**Pouczony(a) o odpowiedzialności za fałszywe zeznania, o którym mowa powyżej oświadczam,
co następuje:**

(właściwe zaznaczyć X)

- nie jestem uprawniony(a) do renty, ani emerytury
- jestem uprawniony(a) do renty / emerytury ^{**} z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych / z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ^{**} – numer świadczenia
- nie jestem uprawniony(a) do dodatku pielęgnacyjnego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ani z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- jestem uprawniony(a) do dodatku pielęgnacyjnego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych / z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ^{**}

.....
(podpis składającego oświadczenie)

^{**} niewłaściwe skreślić