

..... Dąbrowa Górnicza.....

.....
.....
.....
Imię i nazwisko oraz adres

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany*, pouczone/pouczony* o odpowiedzialności karnej** za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

1. orzeczenie z dnia Powiatowego/Wojewódzkiego*Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności/Lekarza Orzecznika ZUS* odebrałam/odebrałem w dniu

Oświadczam, że nie będę składać odwołań od ww. orzeczenia.

2. Nie pobieram **DODATKU PIELEGNACYJNEGO** z ZUS/KRUS; w przypadku przyznania mi w trakcie pobierania zasiłku pielęgnacyjnego dodatku pielęgnacyjnego z innej instytucji np.; Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej.

****Kodeks karny art 233, § 1**

„Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 8”

.....
Podpis osoby uprawnionej do świadczeń