

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer świadczenia: \_\_\_\_\_

Numer telefonu:.....

## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana(y) świadoma(y) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że:

pobieram, nie pobieram\* zasiłek pielęgnacyjny na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych ( Dz. U. z 2017r. poz. 1952).

Zasiłek jest wypłacany przez:

.....  
.....

\* *niepotrzebne skreślić*

dnia .....

...../podpis osoby składającej oświadczenie/