……/……
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