

OŚWIADCZENIE

Ja..... ur.

zam.....

legitymujący/a się dowodem osobistym nr

wydanym przez.....

oświadczam, że

W związku z niepełnosprawnością Pana/ Pani/ dziecka:.....

członek mojej rodziny:.....

JEST

NIE JEST uprawniony za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją w/w osoby niepełnosprawnej.

W razie pobierania świadczenia proszę podać dokładną nazwę i adres instytucji zagranicznej wypłacającej świadczenie.

.....

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(miejsowość, data)

(podpis osoby składającej oświadczenie)

zaznaczyć odpowiednie