

Kędzierzyn-Koźle; dnia.....

.....
imię i nazwisko osoby wnioskującej

Ul.....

47- Kędzierzyn-Koźle

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kędzierzynie-Koźlu
Dział Świadczeń Rodzinnych
i Pomocy Alimentacyjnej**

W związku z ubieganiem się o specjalny zasiłek opiekuńczy oświadczam, że:

- posiadam wymagany 25-letni okres składkowy;
- podlegam **ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu** z innego tytułu w

.....
pełna nazwa instytucji

- nie podlegam **ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu** z innego tytułu;
- podlegam **ubezpieczeniu zdrowotnemu** z innego tytułu w

.....
pełna nazwa instytucji

- nie podlegam **ubezpieczeniu zdrowotnemu** z innego tytułu.

Uwaga! Wypełnić tylko w przypadku nie podlegania obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym oraz zgłoszenie do ubezpieczenia dzieci:

1.
imię i nazwisko dziecka, PESEL

2.
imię i nazwisko dziecka, PESEL

3.
imię i nazwisko dziecka, PESEL

4.
imię i nazwisko dziecka, PESEL

Oświadczam świadoma/my odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dn. 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny Dz. U. nr 88, poz. 533 z późn. zm.), że wszystkie powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
podpis osoby wnioskującej