**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisana/y……………………………………………………………………………………………………………

zamieszkała/y …………………………………………………………………………………………………………………..….

**oświadczam co następuje:**

**I)**

 żaden z członków rodziny **nie przebywa za granicą Rzeczypospolitej Polskiej**

 członek mojej rodziny …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………… (wymienić członka rodziny lub wnioskodawcę oraz stopień pokrewieństwa)

**przebywa za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, tj w** …………...………………………...………….….......…….

1. Pozostaje / nie pozostaje \*\*) tam w legalnym zatrudnieniu od dnia ……………….………..……………..

2. Prowadzi / nie prowadzi \*\*) działalność gospodarczą od dnia ……………………..…………….………..…..

3. Posiada / nie posiada \*\*) tam prawa do zasiłku dla bezrobotnych od dnia ...………….………………..

4. Jest / nie jest \*\*) studentem od dnia ……….…………………………………..……………………….…………….……

**II)**

1. **nie otrzymuję zasiłku macierzyńskiego** lub uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego,
2. **drugi z rodziców nie otrzymuje zasiłku macierzyńskiego** lub uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego,
3. **osoba będąca rodziną zastępczą lub opiekunem faktycznym dziecka nie otrzymuje zasiłku macierzyńskiego** lub uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego\*\*\*);
4. **dziecko nie zostało umieszczone w pieczy zastępczej**,\*\*\*\*)
5. **w związku z wychowywaniem tego samego dziecka lub w związku z opieką nad tym samym dzieckiem nie ma ustalonego prawa** do świadczenia rodzicielskiego, dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna;

1. **nie przysługuje mi za granicą świadczenie o podobnym charakterze do świadczenia rodzicielskiego** chyba, że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią, że przysługujące za granicą świadczenie o podobnym charakterze do świadczenia rodzicielskiego nie wyłącza prawa do takiego świadczenia na podstawie ustawy,
2. **nie podjęłam / nie podjąłem**\***\*)ani nie kontynuuję zatrudnienia** lub innej pracy zarobkowej, która uniemożliwia mi sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem,
3. **nie mam ustalonego prawa** do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego, dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub zasiłku dla opiekuna;
4. **matka dziecka urodziła dziecko / nie urodziła dziecka\*\*), którego dotyczy wniosek w okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych** lub w ciągu miesiąca po jego zakończeniu, lub w okresie przedłużenia pobierania zasiłku dla bezrobotnych na podstawie art. 73 ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.)\*\*\*\*),
5. **jestem / nie jestem**\***\*) osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy** z prawem do zasiłku / bez prawa\***\*)** do zasiłku dla bezrobotnych

**JESTEM ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA**

dnia …………………… ……………………………..………………………..

(podpis osoby składającej oświadczenie)

**\*) zaznaczyć odpowiedni kwadrat**

**\*\*) odpowiednie podkreślić**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*\*\*) Nie dotyczy osób, o których mowa w art. 17c ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy (opiekuna faktycznego dziecka i rodziny zastępczej).**  **\*\*\*\*)** **Nie dotyczy osób, o których mowa w art. 17c ust. 1 pkt 2- 4 ustawy (opiekuna faktycznego dziecka, rodziny zastępczej, osoby, która przysposobiła dziecko).** | |
|  | |
|  | |
| **Wnioskuję o następujący sposób realizacji przyznanych świadczeń:** (zaznaczyć właściwy kwadrat) | |
|  | ? gotówką w Urzędzie Pocztowym przy ul. Piastowskiej 7 w Brzegu   przelewem we wskazanym banku  nazwa banku ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  nr konta   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ………………………………………………………….……………………  (czytelny podpis wnioskodawcy) |