



Imię i Nazwisko.....  
PESEL: .....  
Adres .....

Kraśnik, dnia.....

**SPZOZ Kraśnik  
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy  
ul. Chopina 13  
23-200 Kraśnik**

### **OŚWIADCZENIE – UTRATA ZASIŁKU PIELEGNACYJNEGO**

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko )

oświadczam, że:

zostałem/łam poinformowany/a o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym zgodnie z art. 75 ust.4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 504 z późn. zm. ) w brzmieniu: .

**„Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż dwa tygodnie w miesiącu”.**

**Zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno-rentowy.**

.....  
/ własnoręczny podpis pacjenta lub podpis opiekuna prawnego lub opiekuna /