



Imię i Nazwisko.....
PESEL:
Adres

Kraśnik, dnia.....

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

OŚWIADCZENIE – UTRATA DODATKU PIEŁĘGNACYJNEGO

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 2025 r., poz. 769 z późn. zm.) w brzmieniu: .

„Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-lecznym 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 /