

CZĘŚĆ III**Oświadczenie wnioskodawcy o zaprzestaniu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym przez rolnika, małżonka rolnika lub domownika**

Oświadczam, że:

1) TAK NIE Oświadczam, że jestem rolnikiem lub małżonkiem albo domownikiem rolnika.2) TAK NIE Oświadczam, że zaprzestałem / zaprzestałam prowadzenia gospodarstwa rolnego albo wykonywaniapracy w gospodarstwie rolnym od dnia(1):

Data: (dd / mm / rrrr)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Wpisz datę, od kiedy zaprzestałaś/eś prowadzenia gospodarstwa rolnego albo wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia......
(Miejscowość).....
(Data: dd / mm / rrrr).....
(Podpis wnioskodawcy)**Proszę o wpłatę świadczenia pielęgnacyjnego na następujący nr rachunku bankowego/w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (1):**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(1) Wypełnij w przypadku, gdy świadczenie pielęgnacyjne ma być wpłacane na rachunek bankowy / w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1)
-
- 2)
-
- 3)
-
- 4)

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia......
(Miejscowość).....
(Data: dd / mm / rrrr).....
(Podpis wnioskodawcy)**2. Proszę o wypłatę świadczenia pielęgnacyjnego:** na następujący nr rachunku bankowego/w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (1):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(1) Wypełnij jeśli chcesz, aby świadczenie pielęgnacyjne było przekazywane na rachunek bankowy.

 na następujący numer rachunku karty przedpłaconej (2):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(2) Wypełnij jeśli chcesz, aby świadczenie pielęgnacyjne było przekazywane na rachunek karty przedpłaconej.

 Forma płatności pozostaje bez zmian (3)

(3) Wypełnij jeśli chcesz, aby świadczenie pielęgnacyjne było przekazywane na wcześniej podaną formę płatności.

.....
(Miejscowość).....
(Data: dd / mm / rrrr).....
(Podpis wnioskodawcy
złożącego oświadczenie)