

Głuchołazy, dnia .....

## OŚWIADCZENIE

Ja .....  
zam. ....  
PESEL ..... legitymujący/a się dowodem osobistym seria ..... nr .....

Potwierdzam, że spełnione są warunki do kontynuacji świadczeń uzależnionych od niepełnosprawności i że jestem zainteresowana(y) wydłużeniem okresu przyznania ww. świadczeń na podstawie art. 15h ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r. poz. 374 ze zm.)  
Zobowiązuję się do informowania o zmianach mających wpływ na prawo do przyznanego świadczenia lub świadczeń, a w szczególności do poinformowania w przypadku **wydania nowego orzeczenia** o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis i pieczęć urzędnika

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie