

ČESTNÉ VYHLÁSENIE
na účely určenia dôchodkového veku
a započítania starostlivosti o dieťa ako obdobia dôchodkového poistenia

I. Žiadateľ – Žiadateľka

Meno, priezvisko a titul:	
<input type="text"/>	
Deň, mesiac a rok narodenia:	Rodné číslo/ Identifikačné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Čestné vyhlásenie o dobe starostlivosti o dieťa/deti¹

Čestne vyhlasujem, že som sa staral(a) /nestaral(a) o dieťa/deti.²

Priezvisko dieťaťa:	Meno dieťaťa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deň, mesiac a rok narodenia:	Deň, mesiac a rok úmrtia: (ak prichádza do úvahy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa som sa staral/a na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa sa starala iná osoba z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa sa nachádzalo v zdravotníckom zariadení	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Priezvisko dieťaťa:	Meno dieťaťa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deň, mesiac a rok narodenia:	Deň, mesiac a rok úmrtia: (ak prichádza do úvahy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa som sa staral/a na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa sa starala iná osoba z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa sa nachádzalo v zdravotníckom zariadení	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ Ak ste sa starali o ďalšie deti, je potrebné vyplniť ďalšie tlačivo čestného vyhlásenia.

² Nehodiace prečiarknite.

Priezvisko dieťaťa:	Meno dieťaťa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deň, mesiac a rok narodenia:	Deň, mesiac a rok úmrtia: (ak prichádza do úvahy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa som sa staral/a	
na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa sa starala iná osoba z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa sa nachádzalo v zdravotníckom zariadení	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Priezvisko dieťaťa:	Meno dieťaťa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deň, mesiac a rok narodenia:	Deň, mesiac a rok úmrtia: (ak prichádza do úvahy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa som sa staral/a	
na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
na území	<input type="text"/>
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
O dieťa sa starala iná osoba z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa sa nachádzalo v zdravotníckom zariadení	
od	do
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vyhlasujem, že údaje, ktoré som uviedol/uviedla v tomto vyhlásení sú pravdivé a úplné. Som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, ako i povinnosti vrátiť neprávom vyplatené sumy dôchodku.

V
dňa

podpis žiadateľa o dôchodok