

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

Oświadczenie o dochodach za miesiąc.....

- 1. dochód z pracy zawodowej/dorywczej.....
- 2. zasiłek dla bezrobotnych
- 3. świadczenia rodzinne z dodatkami
- 4. alimenty.....
- 5. dodatek mieszkaniowy
- 6. zasiłek stały
- 7. emerytura/ renta.....
- 8. powierzchnia gospodarstwa
- 9. świadczenie wspierające.....
- 10. świadczenie wychowawcze 800+.....
- 11. świadczenie uzupełniające ZUS/KRUS
- 12. inne

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę bądź zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8)

Oświadczam, że

- Otrzymałem/lam ** dochód jednorazowy**
Oświadczam, że dochód w ciągu ostatnich 12 miesięcy jednorazowo
- przekroczył**
- nie przekroczył**
pięciokrotności kwoty kryterium dochodowego* tj.:
a) 1010,00 x 5 = 5050,00zł – osoby samotnie gospodarującej
b) 823 x 5x..... =
(liczba osób)

- Nie otrzymałem / lam dochodu jednorazowego ****

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie działalności Ośrodka Pomocy Społecznej w Bobowej

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić
** właściwe zakreślić

