

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny /Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm./ potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosizł na osobę.
(słownie złotych:.....).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym to:.....

Źródłem utrzymania mojej rodziny jest (właściwie należy zaznaczyć „X”):

- wynagrodzenie z tytułu pracy zarobkowej (umowa zlecenie, umowa o pracę itp.)
- dochód z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,
- świadczenie wypłacane przez ZUS/KRUS/MSW z tytułu.....
- świadczenie pielęgnacyjne lub świadczenie rodzicielskie,
- alimenty/ wypłacane zgodnie z wyrokiem / przez komornika / przez fundusz alimentacyjny,
- zasiłek stały wypłacany przez OPS,
- świadczenia wypłacane przez OPS takiej jak dodatek mieszkaniowy, świadczenia rodzinne, zasiłek celowy, stypendia inne jakie.....
- inne jakie.....

Jestem świadoma/y, iż zgodnie z § 12 art. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 30 czerwca 2015r. Dz.U. Poz. 926 w przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego **poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowy, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia dokumentów.**

Zobowiązuje się tym samym do zachowania dokumentów będących podstawą obliczenia ww. dochodów w przypadku konieczności ich okazania w OPS Chorzów.

.....
/miejscowość, data/

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/

