

Koszalin, dnia.....

POUCZENIE

Zgodnie z art. 233 § 6 kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI RODZINNEJ I DOCHODOWEJ

Ja.....córka/syn (imię ojca)
ur.legitymująca(y) się dokumentem tożsamości
PESEL

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. SYTUACJA RODZINNA

Oświadczam, iż prowadzę:

- Samodzielne gospodarstwo domowe *
- Wspólne gospodarstwo domowe *

*** zaznaczyć właściwe**

Członkowie wspólnego gospodarstwa domowego*

IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

*** Tabelę wypełnić tylko w przypadku wspólnego gospodarstwa domowego**

2. SYTUACJA DOCHODOWA

Źródło dochodu osoby / rodziny:	<u>Kogo dotyczy?</u>	<u>Dokładna kwota</u>
<input type="checkbox"/> umowa o pracę
<input type="checkbox"/> umowa zlecenie/ o dzieło
<input type="checkbox"/> praca dorywcza
<input type="checkbox"/> renta inwalidzka
<input type="checkbox"/> renta rodzinna
<input type="checkbox"/> emerytura
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza
<input type="checkbox"/> gospodarstwo rolne
<input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych
<input type="checkbox"/> zasiłek z pomocy społecznej
<input type="checkbox"/> dodatek mieszkaniowy
<input type="checkbox"/> zasiłek rodzinny wraz z dodatkami
<input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny
<input type="checkbox"/> alimenty
<input type="checkbox"/> stypendia
<input type="checkbox"/> inne źródła (np. pomoc finansowa od osób bliskich lub obcych)

Łączny dochód* w rodzinie

* „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu, z miesiąca w którym wniosek został złożony bez względu na tytuł i źródło ich pozyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej(....)

3. INFORMACJE DODATKOWE

A) Korzystam z pomocy Centrum Usług Społecznych w Koszalinie lub innego Ośrodka Pomocy Społecznej. *

- TAK (w jakiej formie?)
- NIE

B) Otrzymuję świadczenia z ZUS/KRUS. *

- TAK (w jakiej formie?)
- NIE

4. OKOLICZNOŚCI MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA USTALENIE OPŁATY ZA POBYT DZIECKA W PIECZY ZASTĘPCZEJ

Czy u osoby / w rodzinie występuje któraś z niżej wymienionych okoliczności? *

- Osoba zobowiązana wychowuje inne małoletnie dziecko lub osobę pełnoletnią pozostającą pod jej opieką.
- Osoba zobowiązana ponosi odpłatności za pobyt innych członków rodziny w placówkach, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej oraz ponosi opłatę za pobyt innych członków rodziny w pieczy zastępczej.
- Osoba zobowiązana odbywa karę pozbawienia wolności.
- Osoba zobowiązana reguluje bieżące alimenty w kwocie miesięcznie.
- Osoba zobowiązana przebywa w pieczy zastępczej.
- Długotrwała choroba.
- Niepełnosprawność.
- Bezdomność.
- Bezrobocie (osoba zobowiązana jest zarejestrowana w Urzędzie Pracy).
- Straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych.

***zaznaczyć właściwe**

W przypadku zaistnienia którejś z w/w. okoliczności należy dołączyć dokumenty potwierdzające zaistniałe okoliczności.

5. Oświadczam, że wszystkie podane we wniosku dane są aktualne i prawdziwe.

6. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Centrum Usług Społecznych w Koszalinie o każdorazowej zmianie swojego adresu zamieszkania lub adresu do korespondencji; (zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego).

7. Zobowiązuję się do ustanowienia pełnomocnika do doręczeń w kraju w przypadku wyjazdu za granicę. Brak ustanowienia takiego pełnomocnika skutkować będzie rygorem pozostawienia korespondencji aa.

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)