…………………………….. Bobowa, dnia ……………………….

 (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. 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/łam** \*\* **dochód jednorazowy**

 **Oświadczam, że dochód w ciągu ostatnich 12 miesięcy jednorazowo**

* **przekroczył**
* **nie przekroczył**

**pięciokrotności kwoty kryterium dochodowego\* tj.:**

**a) 776 x 5 = 3505,00zł – osoby samotnie gospodarującej**

**b) 600 x 5x…………….. = ……………………**

(liczba osób)

* **Nie otrzymałem / łam dochodu jednorazowego** \*\*

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

 …………………………………………

\* niepotrzebne skreślić (podpis)

\*\* właściwe zakreślić