

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/lam ** dochód jednorazowy

Oświadczam, że dochód w ciągu ostatnich 12 miesięcy jednorazowo

przekroczył

nie przekroczył

pięciokrotności kwoty kryterium dochodowego* tj.:

a) $776 \times 5 = 3505,00\text{zł}$ – osoby samotnie gospodarującej

b) $600 \times 5x..... =$

(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