

OŚWIADCZENIE

I. DANE OSOBOWE:

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania (do korespondencji)
.....
5. Nr telefonu

II. PROWADZĘ:

1. Samodzielne gospodarstwo domowe **TAK / NIE**
2. Wspólne gospodarstwo domowe z
.....

III. SYTUACJA MATERIALNA:

1. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy **TAK / NIE**
2. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe jest zarejestrowana Powiatowym Urzędzie Pracy **TAK / NIE**
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
3. Jestem zatrudniony w: (nazwa zakładu pracy)
i otrzymuję wynagrodzenie w wysokości:
4. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe jest zatrudniona w: (nazwa zakładu pracy)
i otrzymuje wynagrodzenie w wysokości:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
5. Utrzymuję się z pracy dorywczej w wysokości:
6. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe utrzymuje się z pracy dorywczej w wysokości:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
7. Otrzymuję alimenty w wysokości:
8. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe otrzymuje alimenty w wysokości:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
9. Otrzymuję zasiłek rodzinny w wysokości:
10. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe otrzymuje zasiłek rodzinny w wysokości:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
11. Otrzymuję zasiłek stały w wysokości:
12. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe otrzymuje zasiłek stały w wysokości:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia

13. Otrzymuję inne świadczenia z pomocy społecznej:
14. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe otrzymuje inne świadczenia z pomocy społecznej:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
15. Otrzymuję rentę/ emeryturę w wysokości:
16. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe otrzymuje rentę/ emeryturę w wysokości:
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia
17. Utrzymuję się z gospodarstwa rolnego **TAK / NIE**
18. Osoba, z którą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe utrzymuje się z gospodarstwa rolnego **TAK / NIE**
Imię i nazwisko PESEL/data urodzenia

IV. SYTUACJA RODZINNA I ZDROWOTNA:

- a) wychowywanie innych dzieci pozostających pod stałą opieką zobowiązanego **TAK / NIE**
- jeśli TAK to proszę podać wiek dzieci:
- b) długotrwała choroba zobowiązanego lub członka jego rodziny udokumentowana zaświadczeniem lekarskim lub ciąża **TAK / NIE**
- c) orzeczona niepełnosprawność zobowiązanego lub członka jego rodziny udokumentowana orzeczeniem **TAK / NIE**
- d) pobyt zobowiązanego w domu pomocy społecznej lub innych placówkach pomocy społecznej **TAK / NIE**
- e) pobyt zobowiązanego w areszcie śledczym lub zakładzie karnym **TAK / NIE**
- f) samotne wychowywanie dziecka przez osobę zobowiązaną **TAK / NIE**
- g) ubezwłasnowolnienie osoby zobowiązanej **TAK / NIE**
- h) straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeniach losowych **TAK / NIE**
- i) regulowanie przez osobę zobowiązaną dobrowolnych lub zasądzonych wyrokiem sądu alimentów na rzecz dziecka przebywającego w pieczy zastępczej **TAK / NIE**
- wysokość płaconych alimentów:
- j) osoba zobowiązana nie osiąga żadnego własnego dochodu i pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą posiadającą własne źródło dochodu, ale nie będącą osobą zobowiązaną do ponoszenia opłaty za dziecko przebywające w pieczy **TAK / NIE**
- k) miejsce pobytu osoby zobowiązanej jest nieznane i niemożliwe do ustalenia **TAK / NIE**
- l) osoba zobowiązana przebywa poza granicami kraju i nie ma możliwości ustalenia jej sytuacji dochodowej **TAK / NIE**
- m) rodzic dziecka jest nieletni – do czasu uzyskania przez niego pełnoletności **TAK / NIE**

Inne ważne przyczyny uzasadniające zwolnienie:

.....
.....
.....

Proszę załączyć dokumenty i zaświadczenia potwierdzające sytuację rodzinną, zdrowotną oraz materialną.

Ja niżej podpisany(a), pouczone o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeksu Karnego* (Dz. U. Nr 88 z 1997 poz 553 z późn. zm.) - za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy, składam, stosownie do art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego oświadczenie, że przekazane informacje są zgodne ze stanem rzeczywistym.

Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu o każdej zmianie dotyczącej sytuacji rodzinnej, zdrowotnej oraz materialnej.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

*Art. 233 § 1: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 233 § 2: Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Art. 233 § 3: Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grozącą jemu samemu lub jego najbliższemu.