

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE O UZYSKANYCH DOCHODACH W ..... roku

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób\*, a nasze dochody\* składają się :

L.p.	Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa	Przychód – koszty uzyskania przychodu= dochód*
1		
2		
3		
4		
5		
6		

*\*Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmatronkę oraz dzieci ( w wieku do 18 lat lub do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat – o ile nie uzyskują dochodów własnych w formie zarobkowej ) wspólnie zamieszkujących z wnioskodawcą i prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe*

*\*Należy podać wszystkie dochody, prócz 500+, rozliczane w Urzędzie Skarbowym ( w tym np. umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenie albo innej umowy o świadczenie usług, alimenty, dochody ze środków U.E. po odliczeniu kosztów uzyskania, inne dochody nieopodatkowane w Polsce, itd. ) wszystkich członków rodziny;*

\*Kolumny nie wypełniać w razie rezygnacji z deklaracji dochodów.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

### Oświadczenie o wysokości dochodów

Oświadczam, że miesięczny dochód na członka rodziny uzyskany w poprzednim roku kalendarzowym, wynosił:

..... zł.  
(dochód roczny : 12 m-cy : ilość osób w rodzinie)

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

### Rezygnacja z deklaracji dochodów\*

Rezygnuję z możliwości złożenia oświadczenia o wysokości dochodów i proszę o przyznanie świadczenia w wysokości odpowiadającej trzeciej grupie zaszeregowania pod względem dochodów.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

*Wnioskodawca może nie składać oświadczenia o przychodach. W takim przypadku będzie przyznana najniższa kwota dofinansowania.*

### Oświadczenie o kontynuacji nauki przez dziecko w wieku 18-25 lat

Oświadczam, że moje dziecko/ dzieci kontynuują naukę:

L.p	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Miejsce nauki

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna za wpisanie danych nieprawdziwych.

*Za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością wnioskodawca zostanie pozbawiony prawa do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na okres 2 lat.*

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreść