

Chojnów, dn. ....

.....  
(imię i nazwisko)

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UTRATY I UZYSKANIA DOCHODU PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY

W roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na jaki ustalane jest prawo do świadczenia wychowawczego (czyli 2014 r.) lub po tym roku

- nastąpiła** utrata dochodu  
 **nie nastąpiła** utrata dochodu

	IMIĘ I NAZWISKO osoby, która utraciła dochód	Przyczyna utraty dochodu	Nazwa zakładu pracy lub organu, w którym nastąpiła utrata dochodu
1			
2			
3			
4			

W roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na jaki ustalane jest prawo do świadczenia wychowawczego (tj. 2014 r.)

- nastąpiło** uzyskanie dochodu  
 **nie nastąpiło** uzyskanie dochodu

	IMIĘ I NAZWISKO osoby, która uzyskała dochód	Przyczyna uzyskania dochodu	Nazwa zakładu pracy lub organu, w którym nastąpiło uzyskanie dochodu
1			
2			
3			
4			

Po roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na jaki ustalane jest prawo do świadczenia wychowawczego (czyli w 2015 r. lub 2016 r.)

- nastąpiło** uzyskanie dochodu  
 **nie nastąpiło** uzyskanie dochodu

	IMIĘ I NAZWISKO osoby, która uzyskała dochód	Przyczyna uzyskania dochodu	Nazwa zakładu pracy lub organu, w którym nastąpiło uzyskanie dochodu
1			
2			
3			
4			

**Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(data, podpis osoby ubiegającej się)

# OŚWIADCZENIE DOT. POBIERANIA ŚWIADCZEŃ W SEKCJI ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH W GOPS W CHOJNOWIE

W okresie zasiłkowym/świadczeniowym 2015/2016:

- pobieram zasiłek rodzinny lub świadczenie z funduszu alimentacyjnego  
 nie pobieram zasiłku rodzinnego ani świadczenia z funduszu alimentacyjnego

## OŚWIADCZENIE OSOBY SAMOTNIE WYCHOWUJĄCEJ DZIECKO

Oświadczam, iż na dzieci, które pozostają na moim utrzymaniu

- zostało zasądzone świadczenie alimentacyjne  
 nie zostało zasądzone świadczenie alimentacyjne

Oświadczam, iż na dzieci, które pozostają na moim utrzymaniu w 2014 r.

- przekazano dobrowolne świadczenia alimentacyjne  
 nie przekazano dobrowolnych świadczeń alimentacyjnych

*Kwoty otrzymanych alimentów na rzecz dzieci należy wykazać w załączniku nr 2.*

**Organ, do którego opłacano składki na ubezpieczenie zdrowotne za 2014 r.**

	..... Imię i nazwisko	..... Imię i nazwisko	..... Imię i nazwisko	..... Imię i nazwisko
<b>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</b>	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)
<b>Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego</b>	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)
<b>Wojskowe Biuro Emerytalne</b>	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)	(adres właściwej jednostki)
<b>Inne</b>	(nazwa i adres właściwej jednostki)	(nazwa i adres właściwej jednostki)	(nazwa i adres właściwej jednostki)	(nazwa i adres właściwej jednostki)

Ja niżej podpisany(a) oświadczam:

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

### **Pouczenie**

*Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego – 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.*

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie