

## OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja niżej podpisany(a).....  
(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały (a):

.....

(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

W związku z ubieganiem się o skorzystanie z usług społecznych w ramach trwałości projektu pn. „Rozwój usług społecznych i zdrowotnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym”, Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

Jestem osobą z niepełnosprawnościami / niesamodzielną\*,

Której dochód przekracza / nie przekracza \* 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. i o pomocy społecznej.

- Dochód netto osoby samotnie gospodarującej nie przekracza 150% kryterium dochodowego tj. 1052 zł;
- Dochód netto na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego tj. 792 zł na osobę w rodzinie.\*\*

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNIE PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

\*niepotrzebne skreślić

\*\*kryteria dochodowe zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 01 października 2018 r. w sprawie zweryfikowania kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej a) dla osoby samotnie gospodarującej – w wysokości 701 zł; b) dla osoby w rodzinie – w wysokości 528 zł.

\*\*W przypadku, gdy Podopieczny nie może samodzielnie podpisać lub kontakt z nim jest ograniczony ustalenia dokonuje się z Opiekunem i Opiekun podpisuje kontrakt.

