

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(nazwa jednostki)

## OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności z tym związanej

**oświadczam, co następuje:**

1) liczba osób w mojej rodzinie (składający oświadczenie + członkowie rodziny wspólnie z nim zamieszkujące i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe) wynosi

.....

2) miesięczny dochód\* na osobą w mojej rodzinie mieści się w poz. Nr ..... poniższej tabeli.

Numer pozycji	Miesięczny dochód na osobę w rodzinie (w zł)
1.	do 1 500,00
2.	powyżej 1 500,00 do 2 500,00
3.	powyżej 2 500,00

\*) Za dochód uważa się sumę przychodów z roku poprzedzającego rok złożenia oświadczenia bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, pomniejszoną o:

- obciążenia podatkiem dochodowym od osób fizycznych,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach.

Wyrażam jednocześnie zgodę na przetwarzanie powyższych informacji w celach związanych z przyznawaniem świadczeń z Funduszu.

.....  
(czytelny podpis)