

imię, nazwisko.....

adres

PESEL

OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO

Oświadczam, że w okresie **od 01.01.2017 r. do chwili obecnej członkowie mojej rodziny**, w skład której wchodzi osoby wykazane w części I wniosku o ustalenie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego, **osiągali dochody z następujących tytułów/źródeł**, w podanych niżej okresach (od-do). Oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 2 ustawy o świadczeniach z funduszu alimentacyjnego, który stanowi m.in., że dochodem rodziny uwzględnianym przy ustalaniu prawa do świadczeń są zarówno **dochody**:

- **podlegające opodatkowaniu**
- **nie podlegające opodatkowaniu** (wymienione w ustawowej definicji)

uzyskane na terenie RP lub poza jej granicami.

Oświadczam, że poza wymienionymi przeze mnie niżej dochodami, moja rodzina nie uzyskała innych dochodów. Zobowiązuję się powiadomić niezwłocznie na piśmie OPS Gorzyce o uzyskaniu nowego dochodu przez członka rodziny.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam zapoznana/zostałem zapoznany z zasadami przetwarzania moich danych osobowych oraz z przysługującymi mi z tego tytułu prawami.

.....
Podpis

Oświadczam, że w okresie od 01.01.2017 do nadal:

I. posiadałam (-em) lub posiadam dochody (opodatkowane, niepodlegające opodatkowaniu):

okres od – do	Liczba miesięcy	tytuł/źródło oraz nazwa firmy instytucji	przedkładam dokumenty na potwierdzenie daty oraz rodzaj dochodu utraconego, a także kwoty dochodu utraconego

Podpis osoby składającej oświadczenie:

Mój mąż / moja żona posiadał/a (lub posiada nadal) dochody (opodatkowane, niepodlegające opodatkowaniu):

okres od – do	Liczba miesięcy	tytuł/źródło oraz nazwa firmy instytucji	przedkładam dokumenty na potwierdzenie daty oraz rodzaju dochodu utraconego, a także kwoty dochodu utraconego

III. **Moje dzieci:** posiadały (lub posiadają nadal) dochody (opodatkowane, niepodlegające opodatkowaniu):

okres od – do	Liczba miesięcy	tytuł/źródło oraz nazwa firmy instytucji	przedkładam dokumenty na potwierdzenie daty oraz rodzaju dochodu utraconego, a także kwoty dochodu utraconego

Podpis osoby składającej oświadczenie: