**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisana/y…………………………………………………………………………………………………………… zamieszkała/y ………..……………………………………………………..………………………………………………………..….

**oświadczam co następuje:**

**I)**

**Dochody wykazane na dołączonych do wniosku zaświadczeniach i oświadczeniach były w roku 2014 osiągane przez okres …………....… miesięcy**

**II)**

  żaden z członków rodziny **nie przebywa za granicą Rzeczypospolitej Polskiej**

 członek mojej rodziny wymieniony w części I pkt. 3 wniosku o zasiłek rodzinny

……………….……………………………………………………………………………..…………………………………………………… (wymienić członka rodziny lub wnioskodawcę oraz stopień pokrewieństwa)

**przebywa za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, tj w** …………...………………………...………….….......…….

1. Pozostaje / nie pozostaje \*\*) tam w legalnym zatrudnieniu od dnia ……………….………..……………..

2. Prowadzi / nie prowadzi \*\*) działalność gospodarczą od dnia ……………………..…………….………..…..

3. Posiada / nie posiada \*\*) tam prawa do zasiłku dla bezrobotnych od dnia ...………….………………..

4. Jest / nie jest \*\*) studentem od dnia ……….…………………………………..……………………….…………….……

**III)**

W okresie **od 01-01-2014r. do dnia złożenia wniosku o świadczenia rodzinne na okres zasiłkowy 2015/2016** w mojej rodzinie wymienionej w części I pkt. 3 wniosku,

**nastąpiło / nie nastąpiło UZYSKANIE dochodu** i dochód ten jest nadal uzyskiwany z tytułu\*):

  **podjęcia zatrudnienia** przez ………………………………………………………………… w dniu…………………...

  **zakończenia urlopu wychowawczego** przez …………………………………….…. w dniu…………………...

  **uzyskania prawa do zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium w wysokości zasiłku dla bezrobotnych** przez ……………………………………………….………………….… w dniu …….……..…………….………

  **uzyskania zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, emerytury, renty, renty rodzinnej, renty socjalnej** przez ……………………………………………………………………………… w dniu …………………..……

  **rozpoczęcia pozarolniczej działalności gospodarczej** przez ……………..………...... w dniu ………….

  **uzyskania zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej** przez ……………………………………………………………………………… w dniu ……………………………..

**IV)**

W okresie **od 01-01-2014r. do dnia złożenia wniosku o świadczenia rodzinne na okres zasiłkowy 2015/2016** w mojej rodzinie wymienionej w części I pkt. 3 wniosku,

**nastąpiła / nie nastąpiła URTATA dochodu** z tytułu ………………………………………………… ………………………………………………………………….………………………………………………………………………………..

**JESTEM ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA**

dnia …………………… ……………………………..………………………..

 (podpis osoby składającej oświadczenie)

**\*) zaznaczyć odpowiedni kwadrat**

**\*\*) nieodpowiednie skreślić**

|  |
| --- |
| **Wnioskuję o następujący sposób realizacji przyznanych świadczeń:** (zaznaczyć właściwy kwadrat) |
|  | ? gotówką w Urzędzie Pocztowym przy ul. Piastowskiej 7 w Brzegu przelewem we wskazanym banku nazwa banku ……………………………………………………………………………………………………………………………. właściciel konta ………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………….…………………… (czytelny podpis wnioskodawcy) |