

Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Projekt „**OPIEKA BEZ BARIER**”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr FEPK.07.18-IP.01-0111/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
PRIORYTET nr FEPK.07 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”
DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

Ja niżej podpisany/-a

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/-a

.....
(adres zamieszkania)

Legitymujący/-a się numerem PESEL

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

Niniejszym oświadczam, że*:

| | | |
|--------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Jestem <u>osobą samotnie gospodarującą</u> , a mój miesięczny dochód wynosi: | _____ , ____ zł |
| <input type="checkbox"/> | Jestem <u>osobą w rodzinie</u> , a miesięczny dochód w przeliczeniu na 1 osobę wynosi: | _____ , ____ zł |
| | Ilość osób w gospodarstwie domowym | _____ |

Osoby pozostające w gospodarstwie domowym

| | Imię i Nazwisko | Wiek | Stopień pokrewieństwa |
|----|-----------------|------|-----------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

*Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

- 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych;
- 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;
- 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”.

Wraz z oświadczeniem – w załączeniu przedkładam zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty określające dochód np.: formularz PIT za poprzedni rok wraz z potwierdzeniem złożenia we właściwym Urzędzie Skarbowym (kopia) lub zaświadczenie o dochodach wydane przez pracodawcę/ów, zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej, oświadczenie Uczestnika Projektu o dochodach lub inne dokumenty określające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę z ostatnich 6 miesięcy

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszy oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki¹²

¹ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

² W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki