

Strzelno, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ny zam.
legitymująca/cy się dowodem osobistym PESEL
świadoma/my odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

oświadczam, że:

1. W ciagu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub pobierania świadczenia z pomocy społecznej nie uzyskałam/łem jednorazowego dochodu przekraczającego pięciokrotnie kwotę kryterium dochodowego wynikającego z ustawy o pomocy społecznej.
2. Nie uzyskałam/łem jednorazowego dochodu należnego za dany okres.
3. W podanych wyżej okresach wymienionych dochodów nie osiągnęła żadna z osób prowadzących ze mną wspólne gospodarstwo domowe.
4. Ponadto oświadczam, że nie otrzymuję żadnych wynagrodzeń, świadczeń pieniężnych lub w naturze z jakichkolwiek tytułów (np. z działalności gospodarczej, udziałów, rent, alimentów itp.) poza ujawnionymi pracownikowi socjalnemu MGOPS w Strzelnie.
5. Zobowiązuję się również poinformować pracownika socjalnego MGOPS w Strzelnie o każdej zmianie mojej sytuacji majątkowej, osobistej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń z pomocy społecznej - art. 109 Ustawy o pomocy społecznej.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie działalności MGOPS w Strzelnie.
7. Oświadczam również, że podczas przeprowadzania wywiadu środowiskowego zostałam/łem poinformowana/ny przez pracownika socjalnego, że mam prawo do:
 - czynnego udziału w każdym stadium postępowania a przed wydaniem decyzji (tj. nie później niż w ciągu miesiąca od wszczęcia postępowania) do zapoznania z aktami sprawy, zebranymi w sprawie dowodami i materiałami;
 - wypowiedzenia się co do zebranych dowodów, materiałów i zgłoszonych żądań;
 - informacji o formach pomocy udzielanych przez MGOPS w Strzelnie i środkach finansowych jakimi dysponuje MGOPS w Strzelnie.

.....
podpis pracownika socjalnego

.....
podpis wnioskodawcy