

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	

OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony zgodnie z art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U z 2022 r. poz. 1138)

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8. §2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

OŚWIADCZAM , CO NASTĘPUJE : W MIESIĄCU20..... r.

(właściwe należy zaznaczyć znakiem X)

<p>1. JESTEM ZATRUDNIONA/-NY W:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 70%; margin: 5px auto; text-align: center;"> <p>.....</p> <p><small>(nazwa i adres pracodawcy)</small></p> </div> <p>Na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> UMOWA O PRACĘ <input type="checkbox"/> UMOWA ZLECENIE <input type="checkbox"/> UMOWA O DZIEŁO <input type="checkbox"/> CZŁONKOSTWA W ROLNICZEJ SPÓŁDZIELNI PRODUKCYJNEJ <input type="checkbox"/> CZŁONKOSTWA W SPÓŁDZIELNI KÓŁEK ROLNICZYCH (USŁUG ROLNICZYCH) 	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>2. OTRZYMAŁEM/AM ŚWIADCZENIE Z SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (ZUS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ZASIŁEK CHOROBY <input type="checkbox"/> ZASIŁEK MACIERZYŃSKI <input type="checkbox"/> ZASIŁEK OPIEKUŃCZY <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE <input type="checkbox"/> ZASIŁEK WYRÓWNAWCZY <p>w wysokościzł.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>3. UZYSKAŁEM/AM DOCHÓD Z PRACY DORYWCZEJ :</p> <p>w kwociezł</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>4. POSIADAM PRAWO DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RENTY <input type="checkbox"/> EMERYTURY <p>w kwociezł. netto.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>5. JESTEM WŁAŚCIELEŃ GOSPODARSTWA ROLNEGO:</p> <p>na terenie gminy/gmin..... o łącznej powierzchniw ha przeliczeniowych.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>6. JESTEM WSPÓŁWŁAŚCIELEŃ GOSPODARSTWA ROLNEGO:</p> <p>na terenie gminy/gmin.....o łącznej powierzchniw ha przeliczeniowych.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>7. JESTEM ZOBOWIĄZANY/-A DO OPŁACENIA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNEJ ROLNIKÓW (KRUS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> opłaciłem/-am składkę za kwartał w wysokości.....zł <input type="checkbox"/> nie opłaciłem/-am składkę za kwartał 	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>
<p>8. OTRZYMAŁEM/-AM ŚWIADCZENIA Z KASY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW (KRUS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ZASIŁEK CHOROBY <input type="checkbox"/> ZASIŁEK MACIERZYŃSKI <p>w kwociezł.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <input type="checkbox"/>

<p>9. POZOSTAJE ZAREJESTROWANY/-A W EWIDENCJI OSÓB BEZROBOTNYCH W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W</p> <p><input type="checkbox"/> JAKO OSOBA BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> JAKO POSZUKUJĄCA PRACY <input type="checkbox"/> otrzymałem/-am świadczenia pieniężne wypłacane przez PUP w postaci.....w kwocie..... zł. <input type="checkbox"/> nie otrzymałem/-am świadczenia pieniężne wypłacane przez PUP.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>10. UZYSKAŁEM/AM W CIĄGU 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU LUB W OKRESIE POBIERANIA ŚWIADCZENIA Z POMOCY SPOŁECZNEJ DOCHÓD JEDNORAZOWY PRZEKRACZAJĄCY PIĘCIOKROTNIE KWOTY:</p> <p>- kryterium dochodowego rodziny, w przypadku osoby w rodzinie -3.000,00 zł z tytułuw miesiącu w wysokości..... zł.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>11. UZYSKAŁEM/AM DOCHÓD JEDNORAZOWY NALEŻNY ZA DANY OKRES</p> <p>z tytułu za okres od..... do..... wysokości.....zł.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>12. PROWADZĘ POZAROLNICZĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ :</p> <p><input type="checkbox"/> opodatkowaną podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych <input type="checkbox"/> opodatkowaną na zasadach określonych w przepisach o zryczałtowanym podatku dochodowym niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>14. POBIERAM ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE WYPŁACANE PRZEZ CUS W POSTACI :</p> <p><input type="checkbox"/> ZASIŁEK OKRESOWY w kwociezł <input type="checkbox"/> ZASIŁEK STAŁY w kwociezł <input type="checkbox"/> ZASIŁEK RODZINNY Z DODATKAMI w kwociezł <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIE PIELEGNACYJNE w kwociezł <input type="checkbox"/> ZASIŁEK PIELEGNACYJNY w kwociezł <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIE RODZICIELSKIE w kwociezł <input type="checkbox"/> ZASIŁEK DLA OPIEKUNA w kwociezł <input type="checkbox"/> SPECJALNY ZASIŁEK OPIEKUŃCZY w kwociezł <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIE Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO w kwociezł <input type="checkbox"/> DODATEK MIESZKANIOWY w kwociezł</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>15. KONTYNUUJE NAUKĘ W SZKOLE WYKSZEJ/ŚREDNIEJ</p> <p><input type="checkbox"/> otrzymałem/-am stypendium w wysokościzł. <input type="checkbox"/> nie otrzymałem/-am stypendium.</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>16. POBIERAM ALIMENTY ZASĄDZONE WYROKIEM SĄDOWYM NA DZIECKO/DZIECI</p> <p>w kwociezł</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>17. JESTEM ZOBOWIĄZANY/-A DO PŁACENIA ALIMENTÓW NA RZECZ INNYCH OSÓB SPOZA GOSPODARSTWA DOMOWEGO:</p> <p>miesięczna kwota zasadzonych alimentówzł</p>	<p>NIE DOTYCZY</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>18. INNE:</p> <p>.....</p>	

Bełżyce, dnia

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie