

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Kaliszu
Plac Świętego Józefa 5
62-800 Kalisz**

**OŚWIADCZENIE
O SYTUACJI RODZINNEJ, ZAWODOWEJ, DOCHODOWEJ I ZDROWOTNEJ**

DANE OSOBY ZOBOWIĄZANEJ:

Imię i nazwisko:.....
Data i miejsce urodzenia:.....
Imiona rodziców:.....
Stan cywilny:.....
Numer i seria dowodu osobistego:.....PESEL:.....
Adres zameldowania:.....
Adres zamieszkania/korespondencji:.....
Numer telefonu:.....
Adres e-mail:.....
(wypełnić wielkimi literami-czytelnie)

**W CELU UDOKUMENTOWANIA ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU INFORMACJI
PROSIMY O ZAŁĄCZENIE STOSOWNYCH DOKUMENTÓW** *(np. zaświadczeń
o zatrudnieniu lub wysokości dochodu)*

DANE DZIECKA/CI UMIESZCZONEGO/NYCH W PIECZY ZASTĘPCZEJ

Lp.	Imię i nazwisko	Data i miejsce urodzenia	Forma pieczy	Okres pobytu w pieczy zastępczej
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

I. RODZAJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO: właściwe zaznaczyć

Osoba samotnie gospodarująca	tak/nie
Osoba wspólnie gospodarująca	tak/nie

II. SYTUACJA ZAWODOWA I DOCHODOWA OSOBY ZOBOWIĄZANEJ

właściwie zaznaczyć:

Osoba pracująca	tak/nie
Miejsce pracy	
Umowa o pracę	tak/nie
Umowa zlecenie lub o dzieło	tak/nie
Praca dorywcza	tak/nie
Osoba bezrobotna	tak/nie
Osoba prowadząca działalność gospodarczą	tak/nie
Osoba prowadząca działalność rolniczą	tak/nie
Renta/emerytura (kwota)	tak/nie
Osoba zobowiązana korzysta ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej – (rodzaj i kwota świadczenia)	tak/nie

Wysokość dochodu netto z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku:.....

Informacje dodatkowe:.....

.....

III. STRUKTURA RODZINY- informacja o członkach rodziny lub osobach niespokrewnionych wspólnie gospodarujących:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Sytuacja zdrowotna	Rodzaj dochodu	Wysokość dochodu / netto/
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
ŁĄCZNY DOCHÓD						

Dochodem może być: wynagrodzenie za pracę, prace dorywcze, renta, emerytura, zasiłek dla bezrobotnych, alimenty, umowa zlecenie, dochód z gospodarstwa rolnego itp.

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA:

Tytuł prawny do lokalu: własnościowe, wynajęte, mieszkanie komunalne, lokal socjalny, inne (jakie?)	
Liczba pomieszczeń	
Koszty utrzymania mieszkania (w tym wysokość zadłużenia, czynsz, energia, gaz, woda, opał, kredyt/pożyczka)	

V. INNE PONOSZONE WYDATKI:

Alimenty świadczone na rzecz dziecka/dzieci przebywających w pieczy zastępczej – (kwota)	sądowe/dobrowolne
Odpłatność za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczym, ośrodku wsparcia	
Pozostałe wydatki	

VI. SYTUACJA ZDROWOTNA:

Rodzaj schorzeń	
Ustalony stopień niepełnosprawności	
Wydatki poniesione na leczenie	

VII. Sytuacja osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków, leków, nikotyny (w tym podjęte leczenie)

.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, iż znana mi jest treść art. 233 § 1 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy. Powyższe oświadczenie składam będąc w pełni świadomym konsekwencji karnych. „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie