

...**MARIA KOWALIK**.....  
(nazwisko i imię)

**ul. DŁUGA 2/1 SZCZECIN**.....  
(adres)

7	5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(PESEL)

...**501-000-000**.....  
(telefon kontaktowy)

<b>OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DLA PRAWIDŁOWEGO NADANIA UPRAWNIENI DO ŚWIADCZEŃ</b>
--

### I. Informacje ogólne.

Uprowadzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1189 ze zm.), za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

- W tutejszym organie wniosek składam: ~~pierwszy raz~~ / **po raz kolejny\***  
\*niepotrzebne skreślić
- Złożyłem(am) wniosek / pobieram:
  - zasiłek rodzinny
  - świadczenia z funduszu alimentacyjnego
  - świadczenie rodzicielskie
  - zasiłek pielęgnacyjny *wypłacany przez SCŚ* /  dodatek pielęgnacyjny *wypłacany przez ZUS, KRUS lub inny organ.....*  
(nazwa instytucji)
  - świadczenie pielęgnacyjne /  specjalny zasiłek opiekuńczy /  zasiłek dla opiekuna
  - świadczenie wychowawcze (500+)
  - bon opiekuńczy
- ~~Pobieram~~ / **nie pobieram\*** świadczenia w innej gminie  
\*niepotrzebne skreślić
- Na dziecko/dzieci które pozostaje(a) na moim utrzymaniu:  
**X Mam** zasądzone świadczenie alimentacyjne na dzieci:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwota	Komornik	Nr KMP
1	<b>KAMIL KOWALIK</b>	<b>300</b>	<b>ADAM KRAWCZYK SZCZECIN</b>	<b>15/15</b>
2	<b>KAMIŁA KOWALIK</b>	<b>500</b>	<b>ADAM KRAWCZYK SZCZECIN</b>	<b>15/15</b>

- Nie mam** zasądanego świadczenia alimentacyjnego na dzieci.

5. Posiadam wyrok sądowy/ugodę sądową ustalającą miejsce pobytu dziecka/dzieci:

**TAK**

.....  
(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

**NIE**

5. Matka, ojciec, opiekun faktyczny, opiekun prawny dziecka lub osoba ucząca się :

- Nie pracuje / pracuje\*** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej  
 **Nie zamieszkuje / zamieszkuje\*** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej

.....  
(imię i nazwisko osoby przebywającej poza granicami RP, kraj pracy / zamieszkiwania\*)

\*niepotrzebne skreślić

- Nie pobiera / pobiera\*** świadczenia na rzecz dzieci poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej:

.....  
(Rodzaj świadczenia i nazwa instytucji, przybliżony okres pobierania)

### II. Forma płatności.

PUNKT KASOWY

**KONTO**

.....**SZCZECIN 1.08.2017**.....  
(Miejscowość, data i podpis osoby składającej oświadczenie)

### III. Oświadczenie dotyczące sytuacji dochodowej.

Uprowadzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1189 ze zm.), za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

1. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na który jest ustalane prawo do świadczeń tj. w roku 2016 lub po tym roku:
- Nie nastąpiła utrata dochodu przez członka rodziny
  - Nastąpiła utrata dochodu przez członka rodziny

Lp.	Imię i nazwisko osoby która utraciła dochód	Data utraty dochodu	Przyczyna utraty dochodu
1	MARIA KOWALIK	25.07.2017 r.	UTRATA ZATRUDNIENIA
2			
3			

2. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na który jest ustalane prawo do świadczeń tj. w roku 2016 lub po tym roku :
- Nie nastąpiło uzyskanie dochodu przez członka rodziny
  - Nastąpiło uzyskanie dochodu przez członka rodziny

Lp.	Imię i nazwisko osoby która uzyskała dochód	Data uzyskania dochodu	Przyczyna uzyskania dochodu
1			
2			
3			

3. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na który jest ustalane prawo do świadczeń rodzinnych lub funduszu alimentacyjnego, tj. w roku 2016, rozliczałem (am) się/ drugi rodzic dziecka rozliczał się na podstawie deklaracji podatkowej innej niż PIT-37:

Nie

Tak .....  
(imię i nazwisko, typ deklaracji PIT np. PIT-36, PIT-37, PIT-36L, PIT-38, PIT-39, PIT-28, PIT-16A, PIT-28/4, PIT-28/8, PIT-ZG)

Rozliczyłem(am) /  Nie rozliczyłem(am) dodatkowy zwrot z tytułu ulgi na dzieci (np. w pit-37, pole 134) w deklaracji podatkowej za 2015 rok (kwota wypłacona w 2016 roku).

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016r. poz. 1518ze zm.), w przypadku wystąpienia zmian w liczbie członków rodziny, uzyskania dochodu lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń rodzinnych osoba, o której mowa w art. 23 ust. 1 ustawy, jest obowiązana do niezwłocznego powiadomienia o tym organu wypłacającego świadczenia rodzinne.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 489), w przypadku wystąpienia zmian w liczbie członków rodziny, uzyskania lub utraty dochodu albo innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego osoba uprawniona albo jej przedstawiciel ustawowy, którzy złożyli wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu są obowiązani do niezwłocznego powiadomienia o tym organu wypłacającego świadczenia.

Zgodnie z uchwałą nr XI/207/15 Rady Miasta Szczecin z dnia 8 września 2015 r. w sprawie wprowadzenia świadczenia pieniężnego "Bon opiekuńczy" dla rodzin z dziećmi w wieku do lat 3 § 7. W przypadku wystąpienia zmian w liczbie członków rodziny, uzyskania dochodu lub innych zmian mających wpływ na przysługiwanie prawa do Bonu Opiekuńczego, rodzic otrzymujący świadczenie jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym Szczecińskie Centrum Świadczeń.

Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2016 r. , poz. 195 ze zm.), w przypadku wystąpienia zmian mających wpływ na prawo do świadczenia wychowawczego osoba, otrzymująca świadczenie wychowawcze jest obowiązana do niezwłocznego powiadomienia o tym organu właściwego wypłacającego to świadczenie.

Oświadczam, że zostałem/am pouczone/a iż zgodnie z art. 10 kpa, strony mają prawo brać czynny udział w postępowaniu poprzez składanie wyjaśnień i wgląd do dokumentacji przed wydaniem decyzji.

.....**SZCZECIN 1.08.2017**.....  
(Miejscowość, data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Art. 233. § 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 do lat 3.

**„JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA”**

Potwierdzam tożsamość osoby zgodnie z dowodem osobistym

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
(podpis i pieczętka imienna osoby przyjmującej)

**SZCZECIN 1.08.2017**.....  
(Miejscowość, data i podpis osoby składającej oświadczenie)