Załączniknr **20**  
do „Procedur przyznawania świadczeń i obiegu dokumentów oraz ich wzorów w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kunie z zakresu ustawy o wspieraniu i systemie pieczy zastępczej”

**OŚWIADCZENIE**

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko …………………………………………………………....

2. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………

3. Imiona rodziców …........................................................................................

4. Seria i numer dowodu osobistego ……………………………………………………………

5. PESEL ……………………………………………………………

7. Miejsce zamieszkania/pobytu ……………………………………………………………

8. Numer telefonu/mail ….......…............................................................................

II. SYTUACJA RODZINNA I DOCHODOWA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię wnioskodawcy i wszystkich osób wspólnie gospodarujących | Stopień pokrewieństwa | Źródło dochodu/utrzymania | |
| Rodzaj | Wysokość netto |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| Dochód łącznie | | |  | |

III. SYTUACJA ZAWODOWA (należy wpisać zatrudnienie wszystkich osób wspólnie gospodarujących)

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………...........................…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………...

VERTE!

IV. SYTUACJA ZDROWOTNA, W TYM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU, NARKOTYKÓW, LEKÓW ITP.

…………………………………………………………………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

V. ZOBOWIĄZANIA ALIMENTACYJNE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kto: | Na kogo: | Sygnatura akt/wysokość zasądzonych alimentów | Czy płaci alimenty  (wpisać kwotę) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

ZOBOWIĄZANIE DO PŁACENIA DOBROWOLNYCH ALIMENTÓW NA RZECZ DZIECKA UMIESZCZONEGO W PIECZY ZASTĘPCZEJ ( wpisać od kiedy i w jakiej wysokości)

………………………………………………………………………………………….………..………………………………………………………………………………………...................……….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Ja niżej podpisany(a) ……………………………………………………...………………………

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 Ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy\* oświadczam, że przekazane informacje są zgodne ze stanem rzeczywistym.

Miejscowość i data ……………………………………..

……………………………………… ……………………………………

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie, (podpis osoby składającej oświadczenie)

pieczęć, stanowisko służbowe)

\*Art. 233

§ 1 - kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym   
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2-warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.