

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres)

## OŚWIADCZENIE niezbędne do ustalenia prawa do świadczeń .....

.....  
(PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

**1. W GOPS Czarny Dunajec wniosek składam: pierwszy raz / po raz kolejny\***  
(\*niepotrzebne skreślić)

**2. Złożyłam wniosek, pobieram:**

- zasiłek rodzinny
- świadczenia z funduszu alimentacyjnego
- świadczenie rodzicielskie
- zasiłek pielęgnacyjny
- świadczenie pielęgnacyjne
- świadczenie wychowawcze (500+)
- specjalny zasiłek opiekuńczy
- zasiłek dla opiekuna

**3. Pobieram / nie pobieram\*:** świadczenia w innej gminie.

**4. Pobieram / nie pobieram\*:** dodatek pielęgnacyjny (w ZUS, KRUS lub innym organie) (\*niepotrzebne skreślić)

**5. Na dziecko/dzieci które pozostają na moim utrzymaniu:**

- Mam zasądzone** świadczenie alimentacyjne na dzieci (imię i nazwisko, kwota alimentów):  
.....  
.....  
.....
- Nie mam zasądzonych** świadczenia alimentacyjnego na dzieci.

**6. Posiadam wyrok sądowy/ugodę sądową ustalającą miejsce pobytu dziecka :**

- TAK** .....  
(dane dziecka)
- NIE**

**7. Rodzic, opiekun faktyczny, opiekun prawny dziecka lub osoba ucząca się :**

- Nie przebywa / przebywa\*** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej  
.....  
(imię i nazwisko osoby przebywającej za granicą, kraj pracy) (\*niepotrzebne skreślić)
- Nie pobiera / pobiera\*** świadczenia na dziecko za granicą  
.....  
(dane dziecka, rodzaj pobieranego świadczenia, okres pobierania)

(\*niepotrzebne skreślić)

8. W roku kalendarzowym poprzedzającym okres, na który jest ustalane prawo do świadczeń tj. w roku 2019 lub po tym roku:

- Nie nastąpiło uzyskanie** dochodu przez członka rodziny
- Nastąpiło uzyskanie** dochodu przez członka rodziny (imię i nazwisko osoby która uzyskała dochód, data uzyskania dochodu, przyczyna uzyskania dochodu) :

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

- Nie nastąpiła utrata** dochodu przez członka rodziny
- Nastąpiła utrata** dochodu przez członka rodziny (imię i nazwisko osoby która utraciła dochód, data utraty dochodu, przyczyna utraty dochodu) :

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

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 2220 ze zm.), w przypadku wystąpienia zmian w liczbie członków rodziny, uzyskania dochodu lub innych zmian mających wpływ na prawo do świadczeń rodzinnych, w tym na wysokość otrzymywanych świadczeń, osoba, o której mowa w art. 23 ust. 1, jest obowiązana do niezwłocznego powiadomienia o tym organu właściwego wypłacającego świadczenia rodzinne.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 670 ze zm.), 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 art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.), 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 miesięcy do lat 8.

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

.....  
(imię i nazwisko osoby przyjmującej /podpis)

.....  
(Miejscowość, data i podpis osoby składającej oświadczeni)

(\*niepotrzebne skreślić)