

Oświadczenie osoby obowiązanej
do ponoszenia opłaty za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej
(składają wszyscy pełnoletni członkowie rodziny-małżonkowie, wstępni - dzieci wnuki, zstępni - rodzice)

Ja **zam.**

ul...... **PESEL**.....

Oświadczam¹, iż jestem świadomy, że ciąży na mnie obowiązek ponoszenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej mojej/go (podać stopień pokrewieństwa imię i nazwisko ubiegającego się o skierowanie do dps)

.....
na zasadach przewidzianych w art. 60 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Oświadczam², że:

1. Moje gospodarstwo domowe składa się z osób tj. (wskazać imię i nazwisko, datę urodzenia)

-
-
-
-

Mój przychód z tytułu zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa agencyjna, itp.) w miesiącuwynosi:zł, pomniejszony o:

- zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych..... zł
- składkę na ubezpieczenie zdrowotne..... zł
- składkę na ubezpieczenie społeczne..... zł
- koszty uzyskania przychodu zł
Dochód z tytułu zatrudnienia zł.

2. **Prowadzę działalność gospodarczą** podlegającą opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych odr. i w roku podatkowym..... Przychód wyniósł..... zł. Koszty uzyskania przychoduzł
Różnica pomiędzy przychodem o kosztami uzyskania wynosi.....zł.

Dochody z innych źródeł niż pozarolnicza działalność gospodarcza (w przypadku łączenia przychodów z działalności gospodarczej z innymi przychodami lub rozliczania się wspólnie z małżonkiem zł, pomniejszone o:

- należny podatek zł
- składki na ubezpieczenie społecznezł
- składki na ubezpieczenie zdrowotne.....zł
Dochód.....zł.

3. **W miesiącu** **r. osiągnęłam/osiągnąłem dochód w łącznej wysokości** z tytułu (np. emerytura, renta itp. oraz dodatki np. dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny itp.).

4. **Prowadzę działalność gospodarczą** na zasadach określonych w przepisach o zryczałtowanym podatku dochodowym od..... r. i w miesiącu osiągnąłem/am dochód w wysokości.....zł.

5. **Uzyskałem/am jednorazowe dochody** (np. premia, nagroda, dodatkowe wynagrodzenie roczne, darowizna, sprzedaż, spadek, odszkodowanie, itp.) przekraczające pięciokrotność kryterium dochodowego (osoba samotna – 5.050 zł, osoba w rodzinie 4.115 zł – kwota kryterium x liczba osób w rodzinie)

- w ciągu ostatnich 12 miesięcy w wysokości zł w miesiącu

6. **Uzyskałem/am jednorazowe wyrównanie** w miesiącuw wysokościzł
należne za okres od doz tytułu.....

¹ § 8 ust. 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej

² art. 8 oraz art. 107 ust. 1 ust. 5, ust. 5b i ust. 5c ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

7. **Jestem właścicielem gospodarstwa rolnego** o powierzchni użytków rolnych położonych w gminie/mieście....., w tym..... ha przeliczeniowych.

8. **Jestem obciążony obowiązkiem** alimentacyjnym na podstawie wyroku/ugody sądowej na rzecz....., w wysokości..... zł miesięcznie, który reguluję na bieżąco.

Oświadczam³, że obowiązek ponoszenia odpłatności za pobyt osoby wnioskującej o skierowanie do domu pomocy społecznej spoczywa również na następujących osobach:

1.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko adres zamieszkania lub pobytu)
2.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko adres zamieszkania lub pobytu)
3.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko adres zamieszkania lub pobytu)
4.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
5.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
6.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
7.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
8.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
9.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
10.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
11.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
12.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
13.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
14.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
15.
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)

Oświadczam, że jestem świadomy, iż powyższe dane będą weryfikowane zgodnie z art. 61 ust. 2 w związku z art. 107 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej nie rzadziej niż, co 12 miesięcy w drodze wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania moje i moich członków rodziny.

Pouczenie:

Art. 233 § 1. Kto składając zeznania 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.

.....
/data i podpis obowiązującego/

WNOSZONE UWAGI:

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

³ mąż, żona; zstępni – dzieci/wnuki; wstępni – rodzice/dziadkowie art. 61 ust.1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.