

Część B

# OŚWIADCZENIE

Miejscowość, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres

.....  
Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód netto / dochód netto mojej rodziny w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia oświadczenia wyniósł .....zł, słownie

.....  
Liczba członków rodziny<sup>5</sup> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osoby/osób.

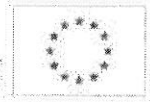
Oświadczam, że w miesiącu ..... Dochód netto na osobę w rodzinie wyniósł ..... zł.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Podpis

**Objaśnienie:**

5 Przez członków rodziny rozumie się osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.



**Objaśnienie:**

**Kwoty kryterium dochodowego wynoszą: 1 707,20 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1 320 zł w przypadku osoby w rodzinie.**

**Za dochód netto uważa się sumę miesięcznych przychodów pomniejszoną o:**

- miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych;
- składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;
- kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

**Na dochód określony w przepisach ustawy o pomocy społecznej składają się przychody wszystkich członków rodziny, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, uzyskane w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku, a w przypadku utraty w tym miesiącu dochodu – z miesiąca, w którym wniosek został złożony.**

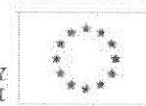
**Do dochodu wlicza się m.in.**

- wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia i o dzieło,
- wynagrodzenie za pracę dorywczą,
- świadczenia rodzinne i pielęgnacyjne, z wyłączeniem świadczeń jednorazowych,
- renty,
- emerytury,
- alimenty,
- odliczane (przez pracodawcę) od wynagrodzeń obciążenia komornicze z tytułu postępowań administracyjnych, spłata rat pożyczki czy ubezpieczenia,
- zasiłki dla bezrobotnych,
- dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej,
- dochody z gospodarstwa rolnego,
- świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki stałe i okresowe),
- dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy),
- dodatek mieszkaniowy,
- dodatek energetyczny.

**Do dochodu nie wlicza się:**

- świadczenie wychowawcze, o którym mowa w ustawie z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2407 z późn. zm.), oraz dodatku wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 821 z późn. zm.),
- świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1598),
- jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego,
- zasiłku celowego,
- pomocy materialnej mającej charakter socjalny albo motywacyjny, przyznawanej na podstawie przepisów o systemie oświaty (stypendium szkolne),
- wartości świadczenia w naturze,
- świadczenia przysługującego osobie bezrobotnej na podstawie przepisów o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych,
- świadczenia pieniężnego i pomocy pieniężnej, o której mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1255),
- dochodu z powierzchni użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego.

**W przypadku prowadzenia gospodarstwa rolnego przyjmuje się że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 345,00 zł.**



### Załącznik Nr 7 do Wytycznych

**Oświadczenie osoby ubiegającej się o pomoc żywnościową  
w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego  
Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym  
(dotyczy osób zakwalifikowanych i wykazanych na liście przekazanej przez OPS)<sup>1</sup>**

1. Imię i nazwisko osoby .....

2. informacja o osobie/rodzinie

**W pkt a, b, c zaznaczyć właściwe**

**a/ status osoby**

- 1) osoba samotnie gospodarująca      2) osoba w rodzinie

**b/ dochód osoby/rodziny** w odniesieniu do kryterium dochodowego określonego na podstawie art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej<sup>2</sup>

- 1) do 100%      2) 100% -220%

**c/ powody udzielania pomocy<sup>3</sup>:**

- ubóstwo;
- bezdomność;
- niepełnosprawność;
- potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- inne.

**W pkt d wpisać odpowiednią liczbę**

**d/ Liczba osób w rodzinie<sup>4</sup>**

1) Podział osób w rodzinie ze względu na płeć

Liczba kobiet

Liczba mężczyzn

2) Podział osób w rodzinie ze względu na wiek<sup>5</sup>:

- liczba dzieci w wieku 15 lat lub poniżej

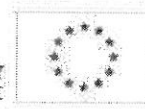
1 Wypełnić wyłącznie w przypadku braku skierowania z OPS

2 Kwoty kryterium dochodowego w PO PŻ: 1 707,20 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1 320 zł w przypadku osoby w rodzinie.

3 Zaznaczyć najistotniejsze powody

4 Wpisać liczbę wszystkich osób w rodzinie, w tym osobę składającą oświadczenie, wymienioną w pkt 1

5 Uwzględnić wszystkie grupy wiekowe



- liczba osób w wieku 65 lat lub powyżej

- liczba pozostałych osób

3) Podział osób w rodzinie ze względu na grupy docelowe:

- liczba bezdomnych

- liczba migrantów, osób obcego pochodzenia, mniejszości narodowych (w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie)

- liczba niepełnosprawnych

- liczba pozostałych osób

**e/ Uczestnictwo osoby/członków rodziny w działaniach finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

TAK

NIE

Należy podać rodzaj działań oraz wskazać osoby objęte działaniami realizowanymi w ramach EFS

**Pomoc przyznaje się na Podprogram 2021**

#### f/ Oświadczenie

Oświadczam, że nie otrzymuję pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ z innej organizacji.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przetwarzaniu moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz o możliwości przekazywania danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie przeze mnie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym powierzonego administratorowi.

**Data i podpis osoby składającej oświadczenie .....**

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

.....  
(miejsowość i data)

### ZAŚWIADCZENIE O WYNAGRODZENIU

Zaświadcza się, że Pan/i..... PESEL [.....]

Zamieszkały(a) .....

Jest zatrudniony (a) .....  
(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawie ..... w okresie .....  
(podać rodzaj umowy) (podać okres zatrudnienia)

**Wynagrodzenie za** ..... – wpisać miesiąc i rok

Data wypłaty powyższego wynagrodzenia ..... (dd-mm-rrrr)

1. Przychód .....
  2. Koszty uzyskania przychodu .....
  3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych  
(zaliczka na podatek) .....
  4. Składki na ubezpieczenie społeczne  
(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów) .....
  5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne .....
  6. Dochód uzyskany .....
- pkt.1 – (pkt.2 + pkt.3 + pkt.4 + pkt.5)

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia we właściwym Ośrodku Pomocy Społecznej.

**Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.**

.....  
Pieczęć i podpis pracodawcy