

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Łukasiewicza 2, 37 – 310 Nowa Sarzyna
OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany / a

.....
/ Imię i Nazwisko /

zamieszkały / a kod pocztowy: __ - __ - __ miejscowość:

ulica :nr domu nr mieszkania

PESEL :

pouczony / a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. , poz. 1600 z późn.zm.) za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. , poz. 2096 z późn. zm.)¹

¹ **ART. 233 Kodeksu Karnego :**

„ 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 8 lat ”.

ART. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego :

„ Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania ”

Oświadczam, że uzyskałem / am dochody z następujących źródeł: **(właściwe zaznaczyć).**

- | | |
|--|--|
| 1. Zatrudnienia (załącznik nr 1). | 7. Inne, jakie, np. pracy dorywczej/ uzyskanie dochodu w walucie obcej/dobrowolna alimentacja* (załącznik nr 7). |
| 2. Pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych (załącznik nr 2). | 8. Świadczenie szkoleniowe / stypendium* (załącznik nr 8). |
| 3. Świadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy lub decyzja Starosty (załącznik nr 3). | 9. Prowadzenie oddzielnego gospodarstwa domowego (załącznik nr 9). |
| 4. Działalności rolnej (załącznik nr 4). | 10. Emerytura, renta, zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, emerytura pomostowa, rodzicielskie świadczenie uzupełniające (dołączyć decyzję lub dowód otrzymania). |
| 5. Działalność gospodarcza (załącznik nr 5). | 11. Świadczenia na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów. |
| 6. Uzyskanie dochodu jednorazowego (załącznik nr 6). | 12. Brak dochodu. |

Pouczenie:

Po zaznaczeniu właściwych źródeł dochodu od 1 do 9, należy wypełnić odpowiednie oświadczenia w załącznikach od 1 do 9. Zostałem poinformowany / a, o art. 109 z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508 z późn.zm.), który brzmi: „Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznawania świadczeń”.

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

Potwierdzam, że zapoznałam / em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

....., dn.....

/ Miejscowość /

/ Data /

.....
/ podpis osoby składającej oświadczenie /

*** Niewłaściwe skreślić**

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z obowiązywaniem od dnia 25 maja 2018 r. ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Miejsko – Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej jest: **Dyrektor Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej** z siedzibą w Nowej Sarzynie, ul. Łukasiewicza 2.

2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Ośrodka Pomocy Społecznej, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej za pomocą adresu: a.frak@nowasarzyna.eu bądź listownie Inspektor Ochrony Danych Osobowych siedziba: ul. Łukasiewicza 2, 37-310 Nowa Sarzyna
3. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
- wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie zgodnie z Statutem Ośrodka,
 - realizacji umów zawartych z kontrahentami Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie,
 - w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym instrukcji kancelaryjnej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Zarządzeniem Nr 8 z dnia 1 lipca 2011 r. w sprawie ustalenia instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i instrukcji o organizacji i zakresie działania składnicy akt, Zarządzenia Nr 14 z 26 sierpnia 2014 r. w sprawie zmian w jednolitym wykazie akt oraz Zarządzenia Nr 3 z dnia 1 marca 2016 r. w sprawie zmian w jednolitym wykazie akt.
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
- **prawo dostępu** do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
 - **prawo do żądania sprostowania** (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
 - **prawo do żądania usunięcia** danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
 - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
 - **prawo do żądania** ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
 - osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu,
 - **prawo do przenoszenia danych** – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
 - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany,
 - **prawo sprzeciwu** wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
 - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.
10. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
11. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
13. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
14. Podanie przez Panią/Pana dane osobowe nie są przekazywane do państw spoza UE.

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA

Oświadczam, że: wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia z miesiąca
wynosi netto..... zł po potrąceniu:

- a) zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych w wysokości..... zł
- b) składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości..... zł
- c) składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez
ubezpieczonego w wysokości zł
- d) składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości..... .. zł

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....

/ Miejscowość /

/ Data /

.....

/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić.*

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH Z TYTUŁU UMOWY AGENCYJNEJ, UMOWY ZLECENIA,
UMOWY O DZIEŁO ALBO W OKRESIE CZŁONKOSTWA W ROLNICZEJ SPÓŁDZIELNI
PRODUKCYJNEJ LUB SPÓŁDZIELNI KÓŁEK ROLNICZYCH***

Oświadczam, że wynagrodzenie uzyskiwane na podstawie: umowy agencyjnej/ umowy zlecenia / umowy o dzieło / albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej / lub spółdzielni kółek rolniczych / z miesiąca wynosi netto..... zł po potrąceniu:

- a) zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych w wysokości zł
- b) składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości..... zł
- c) składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe w części finansowane przez ubezpieczonego w wysokości..... zł
- d) składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokościzł

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....

/ Miejscowość /

/ Data /

.....

/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić.*

**OŚWIADCZENIE O POZOSTAWANIU W EWIDENCJI OSÓB BEZROBOTNYCH LUB
POSZUKUJĄCYCH PRACY**

Pozostaję / Nie pozostaję* w ewidencji osób bezrobotnych* lub poszukujących pracy* prowadzonej przez Powiatowy Urząd Pracy w** od dnia.....

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....

/ Miejscowość /

/ Data /

.....

/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić.*

**** W przypadku pozostawania w ewidencji osób bezrobotnych lub poszukujących pracy innego Urzędu Pracy niż Powiatowy Urząd Pracy w Leżajsku należy dostarczyć odpowiednie zaświadczenie (tj. dot. uznania lub odmowy uznania za osobę bezrobotną, utracie statusu osoby bezrobotnej, o przyznaniu, odmowie przyznania, wstrzymaniu, wznowieniu wypłaty oraz utracie lub pozbawieniu prawa do zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia szkoleniowego, stypendium, dodatku aktywizacyjnego. W sytuacji pobierania świadczenia pieniężnego z PUP w przedłożonym zaświadczeniu powinna być wskazana kwota netto świadczenia z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony.**

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW UZYSKANYCH Z TYTUŁU DZIAŁALNOŚCI ROLNEJ

A) Jestem właścicielem / współwłaścicielem / dzierżawcą * gospodarstwa rolnego na terenie

gminy : o powierzchni : ha przeł.

B) Jestem rolnikiem / nie jestem rolnikiem * ubezpieczonym w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w

/ Miejscowość /

składki na ubezpieczenie społeczne rolników.

Opłacona przeze mnie w/w składka za kwartał r. wynosi : zł gr**

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....

/ Miejscowość /

/ Data /

.....

/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić.*

**** Do niniejszego oświadczenia w przypadku opłacania składki na ubezpieczenie rolników należy dołączyć dowód opłacenia powyższej składki.**

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI UZYSKANIA DOCHODÓW Z TYTUŁU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Uzyskuję dochód / nie uzyskuję dochodu * z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na zasadach :..... **
W/w działalność gospodarczą prowadzę od dnia

A) Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej opodatkowanej w formie podatku zryczałtowanego za miesiąc2019 r. osiągnąłem / am dochód w wysokości :
..... zł gr / **netto**.

B) Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej opodatkowanej podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych w roku podatkowym
(rok kalendarzowy poprzedzający okres złożenia wniosku):

- | | | |
|--|----------|----------|
| - Przychód wyniósł : | zł | gr |
| - Dochód wyniósł : | zł | gr |
| - Podatek należny wyniósł : | zł | gr |
| - Składki na ubezpieczenie zdrowotne odliczone od podatku wyniosły : | zł | gr |
| - Składki na ubezpieczenie społeczne odliczone od podatku wyniosły : | zł | gr |

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....
/ Miejscowość / / Data /

..... / podpis przyjmującego oświadczenie /
..... / podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić*

**** Do niniejszego oświadczenia należy dołączyć zaświadczenie wydane przez naczelnika właściwego urzędu skarbowego zawierającego informację o formie opodatkowania prowadzonej działalności gospodarczej.**

UWAGI !

I. Do niniejszego oświadczenia należy dołączyć dowód opłacenia składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

II. W przypadku prowadzenia działalności opodatkowanej na zasadach określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych należy przedstawić zaświadczenie wydane przez naczelnika właściwego urzędu skarbowego, zawierającego informację o wysokości:

- 1) przychodu;**
- 2) kosztów uzyskania przychodu;**
- 3) różnicy pomiędzy przychodem a kosztami jego uzyskania;**
- 4) odliczonych od dochodu składek na ubezpieczenia społeczne;**
- 5) należnego podatku;**
- 6) odliczonych od podatku składek na ubezpieczenie zdrowotne związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej.**

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW UZYSKANYCH Z TYTUŁU DOCHODU
JEDNORAZOWEGO**

A) W ciągu ostatnich 12 miesięcy : uzyskałem / am dochód jednorazowy * :

-z tytułu :

w wysokości : zł gr / **netto**, data uzyskania dochodu :

-z tytułu :

w wysokości : zł gr / **netto**, data uzyskania dochodu :

B) Za okres od dnia do dnia..... : uzyskałem / am dochód jednorazowy* :

-z tytułu :

w wysokości : zł gr / **netto**, data uzyskania dochodu :

-z tytułu :

w wysokości : zł gr / **netto**, data uzyskania dochodu :

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....

/ Miejscowość /

/ Data /

.....

/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /

³ **Dochód netto – to dochód brutto pomniejszony o : wysokość potrąconej zaliczki na podatek dochodowy, składkę na ubezpieczenia zdrowotne, składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego, składkę na ubezpieczenia chorobowe**

* *Niewłaściwe skreślić*

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI INNYCH DOCHODÓW UZYSKANYCH NP. Z TYTUŁU PRACY DORYWCZEJ/UZYSKANIA DOCHODU W WALUCIE OBCEJ/ DOBROWOLNEJ ALIMENTACJI*

A) Praca dorywcza:

Uzyskałem / am dochód z w/w tytułu za miesiąc2019 r. w wysokości :
..... zł gr / **netto**.

B) Waluta obca:

Uzyskałem / am dochód z w/w tytułu za miesiąc2019 r. w wysokości :
..... zł gr / **netto**.

C) Dobrowolna alimentacja:

Uzyskałem / am dochód z w/w tytułu za miesiąc2019 r. w wysokości :
..... zł gr / **netto**.

D) Inne, jakie.....

Uzyskałem / am dochód z w/w tytułu za miesiąc2019 r. w wysokości :
..... zł gr / **netto**.

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....

/ Miejscowość / / Data /

.....

/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić.*

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW UZYSKANYCH Z TYTUŁU ŚWIADCZENIA
SZKOLENIOWEGO / STYPENDIUM***

Jestem uczniem / studentem * klasy / roku * w
/Nazwa i miejscowość szkoły/uczelni

.....
Z tego tytułu uzyskałem / am , nie uzyskałem / am * świadczenie szkoleniowe / stypendium *
**(W przypadku uzyskiwania w/w dochodu należy dołączyć decyzję organu przyznającego świadczenie
pieniężne) .**

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....
/ Miejscowość / / Data /

.....
/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....
/ podpis osoby składającej oświadczenie /

* *Niewłaściwe skreślić*

PROWADZENIE ODDZIELNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Mieszkam z :
/Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa/

ale prowadzę oddzielne gospodarstwo domowe.

„ Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia ”.

....., dn.....
/ Miejscowość / / Data /

.....
/podpis przyjmującego oświadczenie/

.....
/ podpis osoby składającej oświadczenie /