

### Oświadczenie o wysokości dochodów:

Ja niżej podpisany (a) (*imię i nazwisko Wnioskodawcy*) .....  
zamieszkały (a) w ..... przy ul. ....  
legitymujący się dowodem osobistym (*seria i nr*) .....

1. Oświadczam, iż moje gospodarstwo domowe składa się z niżej wymienionych osób:

| Lp.          | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | PESEL | Miejsce pracy/nauki | Średni miesięczny dochód netto |
|--------------|-----------------|-----------------------|-------|---------------------|--------------------------------|
| 1            |                 | <b>Wnioskodawca</b>   |       |                     |                                |
| 2            |                 |                       |       |                     |                                |
| 3            |                 |                       |       |                     |                                |
| 4            |                 |                       |       |                     |                                |
| 5            |                 |                       |       |                     |                                |
| 6            |                 |                       |       |                     |                                |
| 7            |                 |                       |       |                     |                                |
| 8            |                 |                       |       |                     |                                |
| 9            |                 |                       |       |                     |                                |
| 10           |                 |                       |       |                     |                                |
| <b>Razem</b> |                 |                       |       |                     |                                |

2. Oświadczam, iż wysokość średniego miesięcznego dochodu netto w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego – wyliczona za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o przystąpienie do udziału w projekcie *pt. „Równe e-szanse dla wszystkich – przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w Mieście Ustroń”* tj..... 20.. r. wynosi: .....zł (*słownie złotych*):.....

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis osoby oświadczającej*

Jednocześnie oświadczam, że:

- a) przy obliczeniach uwzględniłem przychody kwalifikowane jako dochód w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2015.163 z późn. zm.)
- b) przy obliczeniach uwzględniłem przychody kwalifikowane jako dochód w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U.2015.114 z późn. zm.)
- c) świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U.1997.88.553 późn. zm.) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w powyższych oświadczeniach.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis osoby oświadczającej*

Oświadczam, iż do udziału w projekcie pt. „Równe e-szanse dla wszystkich – przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w Mieście Ustroń” wnioskuję jako \*\*:

- osoba samotnie gospodarująca, u której miesięczny dochód netto nie przekracza kwoty 542 zł.
- gospodarstwo domowe, w którym miesięczny dochód netto na jedną osobę nie przekracza kwoty 456 zł.
- rodzic lub opiekun prawny niepełnoletniego dziecka lub osoba ucząca się, u których miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym na jedną osobę w tym gospodarstwie domowym nie przekracza kwoty 574 zł netto.
- Rodzic/opiekun prawny dzieci i młodzieży uczącej się osiągającej dobre wyniki w nauce potwierdzone średnią ocen 4,0 (w przypadku uczniów kl. I-III szkół podstawowych, pozytywną opinią wychowawcy odnośnie osiągnięć edukacyjnych) z rodzin w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, u których dochód na osobę w gospodarstwie domowym nie przekracza kwoty 456 zł netto.
- Osoba niepełnosprawna ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym, a w przypadku osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia bez orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

\*\*proszę zaznaczyć tylko jedną grupę

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis osoby oświadczającej*