O Ś W I A D C Z E N I E
o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(na)……zamieszkały(-ła) ……..
…….oświadczam, co następuje:
Liczba osób w mojej rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie zemną) wynosi ..... osób.

Lp.	**Osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek**			**Średni miesięczny dochód netto**
1.	…… Imię i Nazwisko			……..
	Pozostali członkowie gospodarstwa domowego wspólnie się utrzymujące mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo			
	Stopień pokrewieństwa	**Stopień niepełnosprawności**	**Rodzaj niepełnosprawność**	
2.				
3.				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	RAZEM:			

Rodzina posiada*/nie posiada* gospodarstwo rolne o powierzchni **…. , …. …. …. ….** ha przeliczeniowego i osiąga z niego miesięczny dochód w kwocie ……. zł.

W przypadku, gdy członek rodziny lub osoba ucząca się, utrzymuje się z gospodarstwa rolnego,przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 333). Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2025 r. miesięczny dochód z 1ha przeliczeniowego w 2024 r. **wyniósł 454,25 zł.**

Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy nie uwzględnia się zasiłków pielęgnacyjnych i 800 +.

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: ……..... zł.

Świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1-3 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą.

....…….
(miejscowość i data) (czytelny podpis Wnioskodawcy* lub przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

Ważna informacja!
Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu

Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem(-łam) w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- podane informacje są zgodne z prawdą,
- posiadam środki finansowe w wysokości minimum 5% na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania,
- zapoznałem(-łam) się z zasadami dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych,
- zapoznałem(-łam) się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie.

…….. (miejscowość i data)

…… (czytelny podpis Wnioskodawcy* lub przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

niepotrzebne skreślić