

*Załącznik nr 3 do formularza rekrutacyjnego projektu  
„ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE WIĄZOWNICA”*

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOCHODU

Ja, niżej podpisana/y,

.....

(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkała/y.....

.....

(adres zamieszkania: miejscowość, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)

oświadczam, że Jestem osobą, której miesięczny dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021 r. poz. 1296\* tj.:

- Osoba samotnie gospodarująca – dochód: 1164,00 zł
- Osoba w rodzinie, dochód na członka rodziny: 900,00 zł

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (mogą one skutkować wykluczeniem z projektu).

.....

miejscowość, data

.....

Podpis

\* należy przez to rozumieć dochód (sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie formularza rekrutacyjnego pomniejszoną o miesięczne obciążenia podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne oraz kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób) wynoszący: dla osoby samotnie gospodarującej – 776,00 zł, dla osoby w rodzinie – w wysokości 600,00 zł. Na potrzeby niniejszego projektu określono uzyskanie dodatkowych punktów dla osób z dochodem poniżej 150% kryterium dochodowego, tj. dla osoby samotnie gospodarującej – 1164,00 zł lub dla osoby w rodzinie – do 900,00 zł