***Załącznik Nr 2*** *do Regulaminu w sprawie zasad korzystania ze świadczeń z funduszu socjalnego*

 *emerytów i rencistów Państwowej Straży Pożarnej z terenu województwa wielkopolskiego*

**OŚWIADCZENIE**

**osoby uprawnionej do świadczeń z funduszu socjalnego emerytów
 i rencistów PSP**

1. **O dochodach**

 Ja niżej podpisany/na, niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód**\* **brutto
z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku**, wszystkich członków mojej rodziny\*\* wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wynosił .................................. zł, co po podzieleniu na ................ osób/y stanowi ................................. zł na osobę.

Jednocześnie zobowiązuję się do informowania (niezwłocznie) o wszelkich zmianach dotyczących w/w danych.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kk.

......................................................................

(*data, podpis osoby składającej oświadczenie*)

**P o u c z e n i e :**

\* do wysokości dochodu wlicza się łącznie wszystkie dochody z tytułu emerytur i rent, umów o pracę, umów zleceń, umów o dzieło, praw autorskich pokrewnych, prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej i dochodów z prowadzonego gospodarstwa rolnego oraz innej działalności podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu.

**Uzyskiwany dochód należy potwierdzić odpowiednimi dokumentami.**

W przypadku braku dochodu należy przedłożyć zaświadczenie o bezrobociu.

\*\* za członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci pozostające na utrzymaniu wnioskodawcy do ukończenia 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 24 lat albo 25 lat, jeżeli odbywają studia w szkole wyższej, a ukończenie 24 lat przypada na ostatni lub przedostatni rok studiów, albo stały się inwalidami I lub II grupy przed osiągnięciem wieku określonego powyżej.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **O sposobie przekazania świadczenia socjalnego**

1. Na rachunek bankowy nr …………………………………………………...………………………………………..……………..,

 nazwa banku …………………………………………………..……………………………………………………..…………………….\*

2. Przekazem pocztowym na adres zamieszkania.\*

.......................................................................

(*data, podpis osoby składającej oświadczenie*)

\* niepotrzebne skreślić