

**Oświadczenie osoby obowiązanej  
do ponoszenia opłaty za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej**  
(składają wszyscy pełnoletni członkowie rodziny-małżonkowie, wstępni - dzieci wnuki, zstępni - rodzice)

**Ja** ..... **zam.** .....

**ul.**..... **PESEL**.....

**Oświadczam<sup>1</sup>**, iż jestem świadomy, że ciąży na mnie obowiązek ponoszenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej mojej/ go (podać stopień pokrewieństwa imię i nazwisko ubiegającego się o skierowanie do dps)

.....  
na zasadach przewidzianych w art. 60 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

**Oświadczam<sup>2</sup>, że:**

1. Moje gospodarstwo domowe składa się z ..... osób tj. (wskazać imię i nazwisko, datę urodzenia)

- .....
- .....
- .....
- .....

**Mój przychód** z tytułu zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa agencyjna, itp.) w miesiącu .....wynosi: .....zł, pomniejszony o:

- zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych ..... zł
  - składkę na ubezpieczenie zdrowotne..... zł
  - składkę na ubezpieczenie społeczne..... zł
  - koszty uzyskania przychodu..... zł
- Dochód z tytułu zatrudnienia ..... zł.

2. **Prowadzę działalność gospodarczą** podlegającą opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych od .....r. i w roku podatkowym..... Przychód wyniósł..... zł. Koszty uzyskania przychodu..... zł  
Różnica pomiędzy przychodem o kosztami uzyskania wynosi.....zł.

**Dochody z innych źródeł** niż pozarolnicza działalność gospodarcza (w przypadku łączenia przychodów z działalności gospodarczej z innymi przychodami lub rozliczania się wspólnie z małżonkiem .....zł, pomniejszone o:

- należny podatek .....zł
  - składki na ubezpieczenie społeczne .....zł
  - składki na ubezpieczenie zdrowotne .....zł
- Dochód .....zł.

3. **W miesiącu** ..... **r. osiągnęłam/osiągnąłem dochód w łącznej wysokości** ..... z tytułu (np. emerytura, renta itp. oraz dodatki np. dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny itp.).

4. **Prowadzę działalność gospodarczą** na zasadach określonych w przepisach o zryczałtowanym podatku dochodowym od..... r. i w miesiącu ..... osiągnąłem/am dochód w wysokości ..... zł.

5. **Uzyskałem/am jednorazowe dochody** (np. premia, nagroda, dodatkowe wynagrodzenie roczne, darowizna, sprzedaż, spadek, odszkodowanie, itp.) przekraczające pięciokrotność kryterium dochodowego (osoba samotna - 3.880 zł, osoba w rodzinie 3.000 zł - kwota kryterium x liczba osób w rodzinie)  
- w ciągu ostatnich 12 miesięcy w wysokości ..... zł w miesiącu .....

6. **Uzyskałem/am jednorazowe wyrównanie** w miesiącu .....w wysokości ..... zł  
należne za okres od ..... do .....z tytułu.....

<sup>1</sup> § 8 ust. 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej

<sup>2</sup> art. 8 oraz art. 107 ust. 1 ust. 5, ust. 5b i ust. 5c ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

7. **Jestem właścicielem gospodarstwa rolnego** o powierzchni użytków rolnych położonych w gminie/mieście....., w tym ..... ha przeliczeniowych.
8. **Jestem obciążony obowiązkiem** alimentacyjnym na podstawie wyroku/ugody sądowej na rzecz ..... w wysokości..... zł miesięcznie, który reguluję na bieżąco.

**Oświadczam<sup>3</sup>, że** obowiązek ponoszenia odpłatności za pobyt osoby wnioskującej o skierowanie do domu pomocy społecznej spoczywa również na następujących osobach:

1. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko adres zamieszkania lub pobytu)
2. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko adres zamieszkania lub pobytu)
3. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko adres zamieszkania lub pobytu)
4. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
5. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
6. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
7. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
8. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
9. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
10. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
11. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
12. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
13. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
14. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)
15. ....  
(podać stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu)

Oświadczam, że jestem świadomy, iż powyższe dane będą weryfikowane zgodnie z art. 61 ust. 2 w związku z art. 107 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej nie rzadziej niż, co 12 miesięcy w drodze wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania moje i moich członków rodziny.

**Pouczenie:**

Art. 233 § 1. Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....  
/data i podpis obowiązującego/

WNOSZONE UWAGI:

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

<sup>3</sup> mąż, żona; zstępni – dzieci/wnuki; wstępni – rodzice/dziadkowie art. 61 ust.1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.