**OŚWIADCZENIE nr 2**

**KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE SMARTOPIEKA PREMIUM**

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż mój miesięczny dochód:

* przekracza
* nie przekracza\*

150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, które wynosi:

- dla osoby samotnie gospodarującej – 1 164,00 zł (776 zł x150% = 1 164,00 zł),

- dla osoby w rodzinie – 900,00 zł (600 złx150% = 900,00 zł).

\* *w przypadku zaznaczenia tego wariantu koniecznej jest przedłożenie stosownego zaświadczenia o dochodach*

POUCZENIE:

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko (czytelnie) |  |
| Podpis |  |
| Data, Miejscowość |  |