

**OŚWIADCZENIE**  
o wysokości osiągniętych dochodów

Imię i nazwisko.....PESEL.....

adres.....telefon.....

1. Oświadczam, że w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku tj. ....20.....r.  
lub w przypadku utraty dochodu, z miesiąca złożenia wniosku tj. ....20.....r.  
moja rodzina osiągnęła dochód\* z niżej wymienionych źródeł:

- 1) ..... w kwocie.....
- 2) ..... w kwocie.....
- 3) ..... w kwocie.....
- 4) ..... w kwocie .....
- 5) ..... w kwocie.....

2. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o stypendium szkolne na rok szkolny 2021/2022 ja lub osoby wspólnie ze mną gospodarujące osiągnęły dochód **jednorazowy** przekraczający pięciokrotnie kwotę kryterium dochodowego\*\* w wysokości ..... (słownie:.....) z tytułu ....., powyższy dochód został wypłacony (uzyskany).....(podać miesiąc i rok)

3. Ja lub osoby wspólnie ze mną gospodarujące uzyskały **jednorazowo** dochód należny za dany okres tj. za okres od.....do .....w wysokości..... (słownie:.....) z tytułu....., powyższy dochód został wypłacony (uzyskany).....(podać miesiąc i rok).

**RAZEM (punkty 1+2+3) DOCHODY GOSPODARSTWA DOMOWEGO: .....**

**Ilość osób w gospodarstwie domowym ....., dochód na osobę: .....**

---

**Zgodnie z art. 90n ust. 5a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oświadczam, że\*\*\***

.....

.....

Olsztyn, dnia.....

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie

---

Oświadczenie niniejsze zostało wnioskodawcy odczytane

Olsztyn, dnia .....  
.....  
podpis pracownika

\* Dochód zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (DZ. U. z 2020r. poz. 1876 ze zm.) to suma miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach, kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

\*\* kryterium na osobę w rodzinie 528 zł, (jednorazowy dochód przekraczający kwotę 5\*528zł =2640zł\*ilość osób)

\*\*\* **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**