

# OŚWIADCZENIE

..... dnia .....

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
.....  
(adres)

.....  
(imię i nazwisko współmałżonka Wnioskodawcy)

.....  
.....  
(adres)

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczamy, iż:**

1) nie posiadamy/posiadamy zadłużenia. \*

2) posiadamy zadłużenie w

.....  
(podać nazwę Banku)

na dzień złożenia wniosku pozostało do spłaty: .....

miesięczne raty wynoszą : .....płatne do .....każdego miesiąca

termin spłaty ostatniej raty .....

tytuł zadłużenia .....

.....  
(podpis Wnioskodawcy i Współmałżonka)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włocławku do celów związanych z postępowaniem o udzielenie mi środków PFRON, podaje dane dobrowolnie i oświadczam, że są one prawdziwe oraz że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
(podpis Współmałżonka Wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

.....dnia .....

### Informacja dotycząca Poręczyciela

1. Imię, nazwisko Poręczyciela .....  
Adres stałego zamieszkania.....  
.....  
Pesel: .....
2. Imię, nazwisko współmałżonka.....  
Adres stałego zamieszkania.....  
.....  
Pesel:.....
3. Uzyskiwane dochody Poręczyciela (dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy lub w przypadku działalności gospodarczej ostatnie zeznanie roczne (formularz PIT) złożony do Urzędu Skarbowego):  
netto: .....
4. Zadłużenia w bankach, instytucjach finansowych (np. firmach leasingowych) i u innych pożyczkodawców (kwoty, wysokość rat, terminy płatności, nazwy kredytodawców i pożyczkodawców):.....  
.....
5. Udzielone inne poręczenia :  
.....
6. Inne zobowiązania finansowe:.....  
.....

Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczamy, iż w/w informacje są zgodne z prawdą.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie podanych przez nas danych osobowych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włocławku do celów związanych z postępowaniem o udzielenie mi środków PFRON, podaje dane dobrowolnie i oświadczam, że są one prawdziwe oraz że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
(podpis Poręczyciela)

.....  
(podpis współmałżonka Poręczyciela)

..... dnia ..... r.

-----  
Pieczęć nagłówkowa zakładu pracy

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/i .....  
(imię i nazwisko)

NIP ..... PESEL .....

dnia .....

zamieszkały/a .....

jest zatrudniony/a  
w .....  
(nazwa zakładu pracy)

na  
stanowisku .....

od dnia (miesiąc słownie) .....na podstawie  
umowy o pracę/umowy zlecenia\*) na czas nieokreślony/określony do dnia (miesiąc  
słownie) .....\*), w pełnym/niepełnym)\* wymiarze  
czasu pracy na ..... etatu z przeciętnym wynagrodzeniem ostatnich 3 miesięcy:

brutto:.....

netto.....

Wynagrodzenie powyższe nie jest obciążone/jest obciążone)\* z tytułu wyroków sądowych  
lub innych tytułów kwotą zł. ....

**Wymieniona w zaświadczeniu osoba (nie znajduje się/ znajduje się)\* w okresie  
wypowiedzenia umowy o zatrudnieniu, ani w okresie próbnym, (nie jest/jest)\*  
pracownikiem sezonowym, (nie jest/ jest)\* zatrudniona na zastępstwo.**

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
( podpis i pieczętka imienna kierownika  
zakładu pracy lub osoby przez niego upoważnionej)

.....dnia.....

**Oświadczenie Wnioskodawcy**  
**o otrzymanej pomocy publicznej *de minimis*/innej pomocy**  
**dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe:

- nie otrzymałem/am  
 otrzymałem/am

środków stanowiących pomoc publiczną *de minimis*.

**W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć odpowiednie zaświadczenia o udzielonej pomocy *de minimis* oraz zestawienie otrzymanej pomocy.**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe:

- nie otrzymałem/am  
 otrzymałem/am

środków stanowiących inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowanych.

W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej należy wypełnić poniższe zestawienie:

L.p	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
<b>Łącznie:</b>					

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 K.K. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość powyżej podanych informacji

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

.....dnia.....

## Oświadczenie o wspólności majątkowej małżeńskiej

### Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych

(art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”)

Ja .....

zam. ....

oświadczam, iż:

- Pozostaję w związku małżeńskim \*
- Pozostaję w ustawowej wspólności majątkowej małżeńskiej \*  
Z .....  
imię i nazwisko współmałżonka
- Posiadam rozdzielność majątkową z ..... \*  
imię i nazwisko współmałżonka  
- umowa, orzeczenie sądu w załączeniu.
- Nie pozostaję w związku małżeńskim \*

.....  
(data i czytelny podpis )

---

\* .....  
niepotrzebne skreślić