



Załącznik nr 3 do Formularza zgłoszeniowego

Imię i nazwisko kandydata/teki do projektu

.....

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

My niżej podpisani oświadczamy, że miesięczny dochód na osobę nie przekracza 100% kwoty, o której mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

.....
(Podpis Rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(Podpis Rodzica/opiekuna prawnego)

* (wysokość kwoty, o której mowa w art. 5 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 323 z późn. zm.) – podana zgodnie z § 1 pkt 1 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 sierpnia 2024 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokości świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna (Dz. U. z 2024 r. poz. 1238) – 674,00 zł.