

WZÓR OŚWIADCZENIA O BRAKU INNYCH ŹRÓDEŁ DOCHODU

Swarzędz, dnia

Urząd Miasta i Gminy w Swarzędzu

ul. Rynek 1

62-020 Swarzędz

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....
Świadczenie jakie otrzymuję:

.....
oświadczam, że moim jedynym źródłem utrzymania są świadczenia otrzymywane z systemu pomocy społecznej za pośrednictwem Centrum Usług Społecznych w Swarzędzu i nie osiągam żadnych innych dochodów (w tym dochodów z pracy, działalności gospodarczej, emerytury, renty ani zasiłków z innych źródeł).

.....
(data i czytelny podpis)

Notatki Pracownika Urzędu: