Imię i nazwisko:

....................................................................................................................

PESEL: ......................................................................................................

Miejsce zamieszkania:

....................................................................................................................

....................................................................................................................

## OŚWIADCZENIE

 Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że **korzystam/ nie korzystam**\* z zakresu wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Oświadczam również, że mój dochód **przekracza/nie przekracza**\* 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. pomocy społecznej, tj:

* na osobę samotną **1051,50 zł**
* na osobę w rodzinie **792 zł**

………………..........................

 data

...............................................................................

 podpis

\* nie potrzebne skreślić