Włoszczowa, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE**

**osoby rejestrowanej poświadczające posiadanie członków rodziny**

Ja niżej podpisany/a (imię, nazwisko, adres)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Posiadam następujących członków rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** | **Stopień pokrewieństwa** | **Stopień niepełnosprawności** | **Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy)** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i podpis osoby składającej oświadczenie)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis pracownika urzędu)