

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

.....

.....

Oświadczenie członka rodziny o dochodzie utraconym

Oświadczam, iż utraciłem/łam dochód osiągnięty w roku **2017** w kwocie
z powodu:

.....

.....

.....

co dokumentuję odpowiednimi zaświadczeniami.

.....

(miejsowość , data)

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Utrata dochodu spowodowana:

1. uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
2. utratą zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
3. utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
4. utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
5. wykreśleniem z rejestru pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art.16b ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 36 aa ust.1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
6. utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługującego po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
7. utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych,
8. utratą świadczenia rodzicielskiego,
9. utratą zasiłku macierzyńskiego, o których mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
10. utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.