ZAŁĄCZNIK NR 3

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU W 2020 R.**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: *„****Uruchomienie Dziennego Domu Opieki Medycznej Warszawa-Targówek”***  Nr projektu: „***RPMA.09.02.02-14-d521/19-00”***  Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: ***IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem***  Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2 „Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej”**  Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2.2 „Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych”** |

Ja …………………………………………………………….….,niżej podpisany/a oświadczam, iż mój dochód wyniósł w 2020 r. nie więcej niż:

dla osoby samotnie gospodarującej **-** 1051,50 zł miesięcznie,

dla osoby żyjącej w rodzinie **–** 792 zł miesięcznie.

………………………… ……………………………….

Data i miejscowość Czytelny podpis