

_____, dnia _____
imię i nazwisko - osoby uprawnionej (miejscowość)

adres zamieszkania

status (nauczyciel, pracownik, pracownik-emeryt/rencista, emeryt, rencista)

INFORMACJA O SYTUACJI ŻYCIOWEJ, RODZINNEJ I MATERIALNEJ
osoby zamierzającej skorzystać w roku _____ ze świadczeń finansowanych z ZFŚS

Wniosek jest podstawowym dokumentem do przyznania i rozliczenia dofinansowania, dlatego powinien być wypełniony w sposób trwały, czytelny i złożony w terminie u Pracodawcy.

Oświadczam, że :

W skład mojej rodziny, wchodzi następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej i osób tworzących gospodarstwo domowe	Stopień pokrewieństwa*	Data urodzenia	Źródło dochodu **
1				
2				
3				
4				
5				
Łączny dochód roczny ***				zł.
Średni miesięczny dochód**** (łączny dochód roczny należy podzielić przez ilość członków gospodarstwa domowego oraz podzielić przez 12 miesięcy)				zł.
Próg dochodowy (zgodnie z Załącznikiem nr 10 do Regulaminu ZFŚS)				<i>cyfra:</i>

* Osoba samotna, mąż, żona, syn, córka, pasierb, pasierbica, partner/ partnerka itp. prowadzący wspólne gospodarstwo domowe.

** Np. wynagrodzenie ze stosunku pracy i umów cywilnych, renta, emerytura, zasiłek dla bezrobotnych, świadczenia i zasiłek przedemerytalny, zasiłek chorobowy, rodzinny, pielęgnacyjny i opiekuńczy, renta rodzinna, dochody z prowadzenia działalności gospodarczej i rolniczej, najmu, dzierżawy, wykazany w oświadczeniu podatkowym za ubiegły rok kalendarzowy.

*** Do określenia sytuacji materialnej osób uprawnionych przyjmuje się średni miesięczny dochód na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym uzyskany w poprzednim roku kalendarzowym. Przez **dochód** rozumie się przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodów.

**** **Średni miesięczny dochód** na 1 członka rodziny ustala się dzieląc łączną kwotę dochodów uzyskanych przez członków rodziny w minionym roku kalendarzowym przez liczbę członków rodziny oraz liczbę 12.

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i jest mi znana odpowiedzialność karna za wpisanie danych niezgodnych z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

_____, dnia _____ r.
miejsowość

podpis wnioskodawcy

WYPEŁNIA PRACODAWCA:

Jako Dyrektor Jednostki, zgodnie z tabelą progów dochodowych (*Załącznik nr 10 do Regulaminu ZFŚS*) w celu uzyskania świadczeń z ZFŚS w _____ roku, stwierdzam:

PRÓG DOCHODOWY zaszeregowanie w _____ roku	<i>cyfra:</i>	<i>słownie:</i>
---	---------------	-----------------

data i podpis pracodawcy