

O Ś W I A D C Z E N I E

o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej PRACOWNIKA/EMERYTA/RENCISTY Zespołu Szkół Elektronicznych w celu ubiegania się o świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w roku 2019

Oświadczam ,że moja rodzina posiada :

- | | |
|------------------|----------|
| 1) nieruchomości | TAK/NIE* |
| 2) ruchomość | TAK/NIE* |
| 3) ziemię rolną | TAK/NIE* |

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że moja sytuacja rodzinna i materialna jest następująca :

l.p.	nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Dochód netto za rok poprzedni.**
1.				
2.				
3.				
4.				
razem				

dochód miesięczny netto (przychód kolumna b z PIT 11**) pomniejszony o : składki ZUS poz.70 PIT 11), podatek należny (kolumna f w PIT 11) i składki na ubezpieczenia zdrowotne poz.72 w PIT 11)

Dochód rodziny NETTO za rok.**	
ilość osób w rodzinie	
dochód na 1 osobę w rodzinie za 1 m-c	

W oświadczeniu należy uwzględnić wszystkie dochody uzyskane przez członków rodziny(małżonka, dzieci) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, osiągane w poprzednim roku kalendarzowym i wykazane w rocznym zeznaniu podatkowym za ubiegły rok kalendarzowy.

Dla prowadzących własną działalność gospodarczą do ustalenia dochodu przyjmuje się kwotę, która stanowi podstawę naliczania składek na ubezpieczenie społeczne w roku poprzednim.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y skutków art.286§ 1 Kodeksu karnego :*Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia w błąd albo wyzyskiwania błędu lub niezdolności do należytego przedsięwziętego działania podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat.*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na podanie danych osobowych i niezbędnych informacji dotyczących mnie i mojej rodziny oraz innych osób będących we wspólnym gospodarstwie domowym, w związku z aplikowaniem o otrzymanie ulgowych usług i świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

Dołączam kserokopię PIT za rok 2018 złożonego w Urzędzie Skarbowym.

Wyrażam zgodę na wgląd, osobom uprawnionym ,do przedstawionych moich danych osobowych i rodzinnych w celu przyznania i naliczenia świadczenia socjalnego.

..... data podpis

**** Osoby ubiegające się o najniższe dofinansowanie świadczeń z ZFŚS (wg tabeli w regulaminie funduszu-dochód na 1 osobę ponad 1.901,00 zł) n i e s ą z o b o w i ą z a n e do składania informacji o wysokości dochodów i składania kserokopii PIT.**

Wyrażam zgodę na wgląd ,osobom uprawnionym, do przedstawionych moich danych osobowych i rodzinnych w celu przyznania i naliczenia świadczenia socjalnego.

Nie składam informacji o dochodach za 2018 r. i wyrażam zgodę na dofinansowanie świadczeń w 2019 r. w najniższej wysokości .

..... 2019
data podpis

- Nauczyciel emeryt i rencista jest zobowiązany do złożenia PIT 40 (z ZUS) za rok ubiegły w celu naliczenia odpisu na ZFŚS.

Bolesławiec,.....2019 r.

.....
Imię i nazwisko.....
Adres.....
Telefon.....
Numer konta bankowego(jeśli uległ zmianie)**W N I O S E K**

o przyznanie świadczenia socjalnego w roku 2019

Proszę o przyznanie :

.....
.....

(należy wymienić świadczenie o jakie ubiega się osoba uprawniona -wyszczególnione w regulaminie ZFŚS: wczasy+ wczasy dla dzieci ,dofinansowanie do imprez+ dla dzieci, świadczenie świąteczne, świadczenie na zwiększone wydatki jesienno-zimowe,,dofinansowanie do żłobka lub przedszkola, zapomoga, dofinansowanie do sanatorium).

Oświadczam ,że w poprzednim roku **korzystałem/ nie korzystałem** z podobnego świadczenia. Starający się o świadczenie z ZFŚS zobowiązany jest corocznie złożyć oświadczenie o dochodach za ubiegły rok kalendarzowy .

Wyrażam zgodę na dokonanie potrącenia z mojego wynagrodzenia podatku należnego od przyznanych mi świadczeń i na potrącenie częściowej należności za świadczenie.

Wyrażam zgodę na wgląd ,osobom uprawnionym, do przedstawionych moich danych osobowych i rodzinnych w celu przyznania i naliczenia świadczenia socjalnego.

.....
Podpis składającego wniosek

I.p.	Przyznano świadczenie-nazwa	Kwota świadczenia brutto	Data przyznania	Zatwierdzenie przez dyrektora		Zatwierdzenie przez Związki Zawodowe
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						