Załącznik nr E do Regulaminu

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 2017

Oświadczam ,że moja rodzina posiada :

1. nieruchomość 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** pomniejszony o składki ZUS, podatek należny i składki na ubezpieczenia zdrowotne)

|  |  |
| --- | --- |
| 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.205§ 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 przedsiębranego działania podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat.* **Dołączam kserokopię PIT za rok 2016 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 2016 r. i wyrażam zgodę na dofinansowanie świadczeń w 2017 r. w najniższej wysokości .

 ……… 2017 ............................................

 data podpis

**Załącznik nr F do Regulaminu**

Bolesławiec, ……………..2017 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 2017

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.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. |  |  |  |  |  |  |