|  |  |
| --- | --- |
| **DANE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**  …………………………………………………….................….  (imię i nazwisko) | *..............................................................*  *(miejscowość, data)* |
| ……………………………………………………................….  (adres zamieszkania) |  |
| ……………………………………………….…..............…..…  (**pracownik – stanowisko**  ……………………………………………………………………………….  **Emeryt (nauczyciel / pracownik administracji i obsługi)**  …………………………………………………………………  **(dane kontaktowe - nr tel./email)** |  |

…………………………………………………………………………………………………………………..……

**EMERYT – NR KONTA BANKOWEGO**

**Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej**

**osoby zamierzającej skorzystać w roku** ………………… **z ZFŚS**

**I. Sytuacja rodzinna - osoby uprawnione**

Informuję, że w skład mojej rodziny, ze mną, wchodzą następujące osoby, uprawnione zgodnie   
z Regulaminem do korzystania z ZFŚS:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia  (dot. dziecka) | Nazwa szkoły/uczelni/ orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dziecka) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

**Informacja o sytuacji życiowej:** punkt dotyczący szczególnej sytuacji życiowej wypełniają tylko uprawnieni, którzy uważają, że ich szczególne okoliczności życiowe (ciężka i przewlekła choroba, niepełnosprawność, itp.) powinny mieć wpływ na wysokość świadczenia - brak adnotacji oznacza, że sytuacja życiowa pracownika jest standardowa i nie ma wpływu na wysokość świadczenia ustaloną wg przyjętych kryteriów.

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

**II.. Sytuacja materialna – oświadczenie o dochodach**

Oświadczam, że dochód roczny, tj. łączny dochód roczny za rok poprzedzający rok, w którym składana jest informacja, mój i wszystkich członków mojej rodziny, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe i uprawnionych do korzystania z ZFŚS ZSO nr 4\*,

w roku …………...............…. wynosił: ........................................................zł

Średni roczny dochód na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego po podzieleniu przez 12 miesięcy oraz ilość osób wynosił:.......................................................................................zł

( słownie: ..........................................................................................................................................................................).

* Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 271 Kodeksu Karnego za poświadczenie nieprawdy.
* Oświadczam, że znam treść Regulaminu ZFŚS Pracowników ZSO nr 4 w Szczecinie.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych dla osób korzystających z ZFŚS.

.............................................. ......................................................................

*data podpis wnioskodawcy*

**ZAŁĄCZNIKI \*\***

1. …………………………………….……………………………………………….…….

2. ……………………………….…………………………………………..………………

3. ………………………………………………………….…………………………………

\***dochody opodatkowane brutto pomniejszone o koszty przychodu z tytułu: umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, emerytura- renta, zasiłek dla bezrobotnych, dochód z działalności gospodarczej z zastrzeżeniem, że strata nie pomniejsza dochodu, , dochód osiągany za granicą, dochód z dzierżawy i wynajmu, inne dochody: dochody nieopodatkowane: alimenty, 800+, 300+, stypendia, (§14 Regulaminu ZFŚS))**

**\*\* np. zaświadczenie o niepełnosprawności, aktualne zaświadczenie ze szkoły ponadpodstawowej/ uczelni o edukacji dziecka z określonym przewidywanym czasie ukończenia**