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

*nazwisko i imię wnioskodawcy*

**WNIOSEK**

**emeryta/rencisty/pobierającego świadczenie kompensacyjne**

Proszę o przyznanie mi:

1. dofinansowania zorganizowanego we własnym zakresie letniego wypoczynku letniego,
2. dofinansowania wypoczynku dzieci od trzeciego roku życia i niepracującej młodzieży do dwudziestego czwartego roku życia,
3. dofinansowania wypoczynku zimowego**\***

z Funduszu Socjalnego w ………………..…r. zgodnie z Regulaminem gospodarowania środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w II Liceum Ogólnokształcącym im. Mikołaja Kopernika w Cieszynie.

**\*** zaznaczyć właściwe .........................................................................................

*czytelny podpis wnioskodawcy*

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**OŚWIADCZENIE**

**o dochodach rodziny do ustalenia wysokości dofinansowania do świadczeń**

**z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

Oświadczam, że **miesięczny dochód brutto (**bez składek na ubezpieczenie społeczne) **przypadający na jednego członka w rodzinie za ……………………..…r. mieścił się w przedziale:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Przedziały dochodu** | **X w odpowiednim wierszu** |
| 1 | do 2.600,99 zł. |  |
| 2 | od 2.601,00 zł do 3.600,00 zł |  |
| 3 | od 3.600,01 zł |  |

**Aby zaznaczyć prawidłowy przedział dochodu należy wyliczyć dochód na podstawie informacji podatkowej PIT-40A - przekazywanej przez ZUS lub dla osoby pracującej zeznania rocznego PIT-37 lub PIT-36 za …………… rok emeryta / rencisty i jego współmałżonka,**  **podzielony przez 12 miesięcy i przez ilość osób w rodzinie, a następnie zaznaczyć znakiem X w tabeli.**

Z dochodu tego poza mną utrzymują się następujące osoby:

Małżonek: TAK / NIE

Dzieci – rok urodzenia:

1................................................... .................... 3 ...................................................... ....................

2................................................... .................... 4 ...................................................... ....................

Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka, dzieci własne i przysposobione, do 24 roku życia uwzględniając rok kalendarzowy, jeżeli kształcą się w szkole lub studiują oraz dzieci będących inwalidami I i II grupy bez względu na wiek.

**Oświadczam, że powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i ze świadomością odpowiedzialności karnej oraz regulaminowej za składanie fałszywych zeznań.**

Cieszyn, ............................................... ..................................................................................

*data* *czytelny podpis wnioskodawcy*

Zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez II Liceum Ogólnokształcące im. M. Kopernika w Cieszynie w związku ze złożeniem wniosku o świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Dane mogą być przetwarzane przez okres pięciu lat.

Cieszyn, ............................................... ..................................................................................

*data* *czytelny podpis wnioskodawcy*