.............................................................................. Cieszyn, dnia………………………

*nazwisko i imię pracownika*

**WNIOSEK**

**emeryta/rencisty/pobierającego świadczenie kompensacyjne**

Proszę o przyznanie mi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych:

1. dofinansowania zorganizowanego we własnym zakresie wypoczynku letniego,
2. dofinansowania wypoczynku dzieci od trzeciego roku życia i niepracującej (pobierającej naukę) młodzieży do dwudziestego czwartego roku życia,
3. dofinansowania do wypoczynku dzieci posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bez względu na wiek,
4. dofinansowania wypoczynku zimowego\*

***\*****zaznaczyć właściwe*

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

*czytelny podpis pracownika*

**OŚWIADCZENIE**

**o dochodach rodziny**

Oświadczam, że **miesięczny dochód brutto (**bez składek na ubezpieczenie społeczne) **przypadający na jednego członka w gospodarstwie domowym za poprzedni rok mieścił się w przedziale:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Przedziały dochodu** | ***x***  ***w odpowiednim wierszu*** |
| I | do 100% minimalnego wynagrodzenia |  |
| II | do 200% minimalnego wynagrodzenia |  |
| III | do 300% i powyżej minimalnego  wynagrodzenia |  |

**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 emeryta / rencisty/pobierającego świadczenie kompensacyjne i jego współmałżonka, podzielony przez 12 miesięcy i przez ilość osób w rodzinie, a następnie zaznaczyć znakiem X w tabeli.**

**OŚWIADCZENIE**

**o sytuacji rodzinnej i życiowej**

Oświadczam, że z dochodu tego poza mną utrzymują się następujący członkowie rodziny:

**Małżonek: TAK/NIE**

**Dzieci – rok urodzenia**

**............................................................................................................................................**

**...........................................................................…………………….....................................**

**Inni członkowie rodziny: TAK/NIE**

**Stopień pokrewieństwa:**

**..………………………………………………………………………………………………..…**

**……………………………………………………………………………………………………**

**Informacja o sytuacji życiowej**

**……………………………………………………………………………………………..……..**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………….……**

**……………………………………………………………………………………………….……**

**Oświadczam, że znam treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Potwierdzam prawidłowość wyżej podanych informacji. Jestem świadomy odpowiedzialności za podanie w oświadczeniu nieprawdziwych danych.**

**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.**

………………………………..

*czytelny podpis pracownika*