|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko pracownika/emeryta/rencisty | | | |  |  |
|  | **O ś w i a d c z e n i e R O K 2019** | | | | |
|  | - do ustalenia wysokości indywidualnej dopłaty | | | | |
|  | - do ustalenia wysokości innego świadczenia | | | | |
|  | z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych | | | | |
| O ś w i a d c z a m , że : | | | | | |
| **1.** **Ś r e d n i miesięczny dochód brutto**  przypadający na jednego członka mojej rodziny za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił : | | | | | |
| **Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek ( oświadczenie )** | | | | | **Proszę zaznaczyć odpowiedni przedział** |
| do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę **włącznie**  **tj. do 2.250,00** | | | | |  |
| powyżej minimalnego wynagrodzenia za pracę i nie więcej niż 250% minimalnego wynagrodzenia za pracę **włącznie** **tj. 2.250.01– 5.625.00** | | | | |  |
| powyżej 250% minimalnego wynagrodzenia za pracę **powyżej tj. 5.625.01** | | | | |  |
| Przez **średni miesięczny dochód brutto**, rozumie się sumę dochodów brutto wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób w rodzinie, podzieloną przez liczbę tych osób, za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym złożono wniosek ( oświadczenie ) w sprawie przyznania świadczeń z funduszu. | | | | | |
| **2.** Podany miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny został obliczony według zasad określonych w § 9 ust. 7 i 8 regulaminu ZFŚS w PWSZ w Koninie i obejmuje: ( proszę zaznaczyć odpowiednie kwadraty) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **a) dochód z tytułu zatrudnienia w j e d n y m miejscu pracy** | | | | |
|  | **b) dochód z tytułu zatrudnienia w k i l k u miejscach pracy** | | | | |
|  | **c) dochód z tytułu umów cywilnoprawnych** | | | | |
|  | **emerytury i renty**, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem zasiłków rodzinnych oraz dodatków z tytułu zaliczenia do I grupy inwalidztwa i dodatku pielęgnacyjnego oraz świadczeń chorobowych; wszystkich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe | | | | |
|
|  | dochody z gospodarstwa rolnego, ustalone do wymiaru podatku rolnego | | | | |
|  | dochody z działalności gospodarczej, tj. dochód uwzględniony do zeznania podatkowego, nie niższy jednak niż zadeklarowana kwota dochodu, stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe; wszystkich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe | | | | |
|
|  | stypendia | | | | |
|  | zasiłki wychowawcze | | | | |
|  | alimenty | | | | |
|  | zasiłki dla bezrobotnych. | | | | |
| **3.** Dane członków mojej rodziny, w tym dzieci. | | | | | |
| Wszyscy wspólnie zamieszkujący i prowadzący wspólne gospodarstwo domowe członkowie mojej rodziny to następujące osoby : | | | | | |
| L.p. | Imię i nazwisko | | | Pokrewieństwo / powinowactwo ( współmałżonek, dziecko, inny ) | |
| 1. |  | | |  | |
| 2. |  | | |  | |
| 3. |  | | |  | |
| 4. |  | | |  | |
| 5. |  | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |
| Oświadczam ponadto, że zapoznałam / łem się z regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych obowiązującym w PWSZ w Koninie. | | | | | |
| Wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Prawidłowość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu stwierdzam własnoręcznym podpisem w przekonaniu, że podanie nieprawdziwych danych spowoduje skutki prawne przewidziane w art. 82 - 88 Kodeksu cywilnego – w zakresie wad oświadczenia woli. | | | | | |
|
|  |  |  |  |  | |
|  |  | Data |  | Podpis | |