|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |
|  Imię i nazwisko pracownika/emeryta/rencisty |   |  |
|  |  **O ś w i a d c z e n i e R O K 2018**  |
|  | - 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 2.100,00** |   |
| powyżej minimalnego wynagrodzenia za pracę i nie więcej niż 250% minimalnego wynagrodzenia za pracę **włącznie** **tj. 2.100.01– 5.250.00** |   |
| powyżej 250% minimalnego wynagrodzenia za pracę **powyżej tj. 5.250.01** |   |
| 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 |