**Załącznik nr 1** do Regulaminu ZFŚS

**Oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej**

**osoby uprawnionej do korzystania ze środków ZFŚS**

Imię i nazwisko uprawnionego …………………………………………………………………

Zam. . ……………………………………………………………………..……………………

kod: …………...…………..……. Poczta ……………………….…….……………………….

Nr telefonu\* ………………………………….. e-mail\* …………………………..……………..

**Oświadczam, co następuje:**

1. Dzieci pozostające na moim utrzymaniu to:

1. ……………………………………………………………………………...…..………., lat……..,
2. ………………………………………………………………………...………..………., lat……..,
3. ………………………………………………………………………...………..………., lat……..,
4. ………………………………………………………………………...…...……….…..., lat…..… .

2. W gospodarstwie domowym zamieszkuję ja oraz następujące osoby:

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

3. Średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny, w roku ubiegłym, wynosił \*\*

 ……………………………..… złotych brutto.

4. Inne informacje istotne z punktu widzenia oceny sytuacji socjalnej osoby składającej oświadczenie:

Zgodnie z art. 75 KPA, uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

 *(miejscowość) (data) (podpis wnioskodawcy)*

\*\*Za dochód uważa się wszystkie dochody uprawnionego pracownika i wszystkich uprawnionych do korzystania z Funduszu i jego członków, tj. z tytułu:

* Zatrudnienia lub wykonywania innych zajęć zarobkowych – podstawa PIT za rok ubiegły,
* Prowadzenie działalności gospodarczej lub umów cywilno-prawnych;
* Emerytur, rent i innych świadczeń ( stypendia socjalne, alimenty, świadczenie 500 plus, wyprawka szkolna 300 plus, itp.),
* Dochód z prowadzenia gospodarstwa rolnego (określony do uzyskania świadczeń rodzinnych),
* Praca poza granicami kraju.

 Oświadczenie składane jest co roku w celu naliczenia ZFŚS.

Jednocześnie informuje się, że ZFŚS jest funduszem bez prawa roszczeniowego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu oraz adresu e-mail w celu uzyskania i korzystania ze świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w Szkole Podstawowej im. M. Konopnickiej w Turośni Dolnej. Zgoda obowiązuje od dnia podpisania do czasu zakończenia czynności niezbędnych z korzystaniem ze świadczeń w ramach ZFŚS w tym czynności archiwizacyjnych.

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

 *(miejscowość) (data) (podpis wnioskodawcy)*