

Załącznik nr 2 do Regulaminu ZFŚS WODN w Sieradzu

.....
imię i nazwisko uprawnionego

Zakładowa Komisja Socjalna
przy Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia
Nauczycieli w Sieradzu

.....

.....
adres zamieszkania

pracownik WODN/ emeryt/rencista*

Informacja o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby zamierzającej skorzystać ze świadczeń ZFŚS

Informuję, że w skład mojej rodziny wchodzi następujące osoby, uprawnione zgodnie z Regulaminem do korzystania z ZFŚS, które uzyskują następujące dochody:

| lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa ze składającym informację (w przypadku dzieci także data urodzenia) | Wysokość dochodu (za rok poprzedzający złożenie informacji)** | Inne informacje, (np. orzeczenie o niepełnosprawności) |
|----------------------|-----------------|--|---|--|
| | | Składający informację | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Suma dochodów | | | | |

**Za dochód uważa się: kwoty wykazane w rocznym rozliczeniu podatkowym, np. w PIT 36 poz. 92, 143, 145 i 146 lub PIT 37 poz. 66, 97 lub inne formularze PIT w pozycjach odpowiadających dochodowi wymienionemu wyżej. W przypadku emerytów/rencistów, dla których emerytura/renta jest jedynym źródłem dochodu PIT 40a poz. 33 W przypadku osób uzyskujących dochód z działalności rolniczej wartość wynikającą z hektarów przeliczeniowych. W przypadku dzieci również dochód uzyskiwany z Programu Rodzina 500+

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jednego członka mojej rodziny wynosi (suma dochodów dzielona przez 12, dzielona przez liczbę członków rodziny):

.....

(słownie).....

.....

.....

Pouczenie: Świadomy(a) odpowiedzialności cywilnej i karnej oraz konsekwencji regulaminowych wynikających ze składania nieprawdziwych informacji, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych złożonych wyżej.

.....
data i podpis składającego informację

Objaśnienia do informacji:

*niepotrzebne skreślić