**OŚWIADCZENIE**

**o stanie rodzinnym i dochodach osób uprawnionych**

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** | **Stopień**  **pokrewieństwa** | **Miejsce pracy, nauki** | **Średni miesięczny dochód brutto za rok**  **poprzedni**  *(wypełniają pracownicy których*  *dochód nie przekracza*  *5 500,00 zł na osobę)* |
| 1 |  |  | Wnioskodawca |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 | Razem dochód | X | X |  |  |
| 8 | Ilość osób w rodzinie | X | X |  |  |
| 9 | Średni dochód miesięczny na członka rodziny | X | X |  |  |

1. We wspólnym gospodarstwie domowym pozostają ze mną:

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto na członka rodziny uprawnionego do korzystania z ZFŚS i zamieszkującego razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym - obliczony zgodnie   
z § 6 ust.4 Regulaminu

1. wyniósł w 20 roku - zł/osobę:

(słownie: )

1. wyniósł w 20 roku powyżej 5 500,00 zł/osobę: (słownie: pięć tysięcy pięćset

złotych/osobę)

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie i przedłożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą, nieprawdziwymi danymi oraz znane są mi przepisy § 4 pkt. 1 zawarte w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w zakresie odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwych danych.

…………………………………………………..

data i podpis osoby uprawnionej