*......................................................................................................*

*Imię i nazwisko wnioskodawcy*

*......................................................................................................*

*komórka organizacyjna nr osobowy*

*......................................................................................................*

*adres zamieszkania*

**ZAŁĄCZNIK**

do wniosków o przyznanie dofinansowań z ZFŚS dla wszystkich osób uprawnionych.

1. **Dochody z tytułu stosunku służbowego pracy wnioskodawcy i członków rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (bez dodatkowych wynagrodzeń, np. nagrody z zysku, nagrody jubileuszowej, podwyższonej premii):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nazwa zakładu pracy** | **Dochód do opodatkowania z miesiąca poprzedzającego datę złożenie wniosku zgodnie z § 4 Regulaminu**  | **Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

**2. Dochody ze wszystkich innych źródeł członków rodziny (np. alimenty, emerytury krajowe, zagraniczne, prowadzenie działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego, umowy zlecenia, umowy o dzieło itp.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nazwa zakładu pracy** | **Dochód z miesiąca poprzedzającego datę złożenie wniosku zgodnie z § 4 Regulaminu**  | **Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**Uwaga:**

Wnioskodawca zobowiązany jest przedstawić dochody każdego członka rodziny.

W dochodzie gospodarstwa domowego uwzględnia się kwotę alimentów otrzymywanych na rzecz dzieci. Analogicznie dochód pomniejsza się o kwotę świadczonych na rzecz dzieci alimentów. Zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie.

Oświadczam, że wspólnie zamieszkują i gospodarują ze mną następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Adres zamieszkania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga: W przypadku dzieci powyżej 18 lat istnieje obowiązek dołączenia zaświadczenia o kontynuowaniu nauki.**

1. Oświadczam, że łączne moje dochody z miesiąca poprzedzającego datę złożenia wniosku oraz osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących ze mną wynoszą ..................................... zł, co w przeliczeniu na liczbę osób pozostających w tym gospodarstwie tj. .......................... osób, wynosi ................................................ zł na osobę.

*Osoba korzystająca z ulgowych usług i świadczeń (ze środków Funduszu), która złożyła oświadczenie niezgodne z prawdą, przedłożyła sfałszowany dokument lub w inny sposób świadomie i celowo wprowadziła w błąd albo wykorzystała przyznane środki z Funduszu niezgodnie z ich przeznaczeniem traci prawo do korzystania ze środków Funduszu przez trzy kolejne okresy, na jakie można otrzymać dane świadczenie lub pomoc. Ponadto jest zobowiązana do niezwłocznego zwrotu otrzymanej kwoty dopłaty lub pomocy wraz z ustawowymi odsetkami.*

*Oświadczam równocześnie, że znana mi jest treść „Regulaminu korzystania przez osoby uprawnione z usług i świadczeń socjalnych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Oddziale Kopalnia Węgla Brunatnego Turów”.*

..........................................................

 *data i podpis wnioskodawcy*

1. Oświadczam, iż dochody ze wszystkich źródeł wspólnie zamieszkujących i gospodarujących członków rodziny przekraczają maksymalny pułap dochodowy.

..........................................................

 *data i podpis wnioskodawcy*

**3. Adnotacje Działu Kadr i Spraw Socjalnych (DLK):**

Wartość skierowania wynosi ........................................... zł,
za pobyt ..............................................................................................................................................

Odpłatność wg tabeli wynosi ............................................ %, tj. ......................................... zł

Podatek w kwocie ........................................... zł (*dotyczy emerytów i rencistów*)

Należność za transport ........................................... zł

**Raty:** 1. ............................................

2. ………………………………………….

3. ……………………………………………

**Kwota dofinansowania:** …………………………………………………………….

**4. Oświadczenia:**

**a) pracownika: Wyrażam zgodę na potrącanie należności z mojego wynagrodzenia**

 **………….………………………**

 data i podpis pracownika

**b) emeryta: Oświadczam, że dokonam wpłaty należności w terminach:**

1. ......................................... 2. ........................................... 3. ……………………………….

 .............................................................data i podpis emeryta/rencisty