

W URZĘDZIE MIASTA W REDZIE ZOSTAŁ UTWORZONY FUNDUSZ ZDROWOTNY DLA NAUCZYCIELI, NAUCZYCIELI EMERYTÓW, NAUCZYCIELI RENCISTÓW I PRZEBYWAJĄCYCH NA ŚWIADCZENIU KOMPENSACYJNYM, gdzie można składać wnioski o zapomogę zdrowotną.

INFORMACJĘ DO ZFŚS NALEŻY SKŁADAĆ CO ROKU W OKRESIE DO 25 MARCA BIEŻĄCEGO ROKU KALENDARZOWEGO.

EMERYCI, RENCISCI I OSOBY NA ŚWIADCZENIU KOMPENSACYJNYM SĄ ZOBOWIĄZANE DO SKŁADANIA KOPII DECYZJI ZUS O REWALORYZACJI W KAŻDYM ROKU KALENDARZOWYM.

.....
(imię i nazwisko)

Reda, data.....

.....
(miejsce pracy / status – emeryt, rencista, świadczenie kompensacyjne)

.....
(inne dane: np. : **nr telefonu**, dodatkowo osoby **niebędące już pracownikami adres e-mail**)

**KOMISJA SOCJALNA
ZESPOŁU SZKOLNO-PRZEDSZKOLNEGO NR 1 W REDZIE**

INFORMACJA

o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby zamierzającej skorzystać w roku kalendarzowym z świadczeń finansowanych z ZFŚS

Osoby wchodzące w skład rodziny	Nazwisko i imię	Nazwa źródła dochodu bądź zakładu pracy wnioskodawcy i współmałżonka (należy uwzględnić wszystkie źródła dochodu tj. umowy o pracę, zlecenie, dzieło, kontrakty, gospodarstwo rolnicze, rentę, emeryturę, alimenty itp.)	Roczny dochód brutto w zł.	Nazwa <u>innych świadczeń</u> wpływająca na sytuację materialną wnioskodawcy (np. tarcze, dopłaty do czynszu itp.	Roczna kwota brutto w zł
Wnioskodawca		1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			
Współmałżonek		1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			

Dzieci do 18 roku życia (lub pełnoletnie posiadające orzeczenie o niepełnosprawności)	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Nazwa źródła dochodu bądź zakładu pracy Źródło dochodu dzieci (należy uwzględnić wszystkie źródła dochodu tj. umowy o pracę, zlecenie, dzieło, kontrakty, rentę, ALIMENTY itp.	Roczny dochód brutto w zł.	Nazwa <u>innych świadczeń</u> wpływająca na sytuację materialną wnioskodawcy otrzymywana przez dziecko (np. 500 +, 300 +, stypendium itp.)	Roczna kwota brutto w zł
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	1.					
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	2.					
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	3.					
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	4.					
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	5.					
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	6.					
Niepełnosprawność tak / nie *niewłaściwe skreślić	7.					

Łączna suma **dochodów brutto*** wszystkich w/w osób wynosi: zł.
(bez innych świadczeń np. 300+, 500+ itp.)

Łączna liczba osób wymienionych w tabeli: osób.

Średni **dochód miesięczny brutto**** przypadający na osobę wynosi: zł.
(dochód brutto dzielimy przez 12 miesięcy i ilość osób wymienionych w tabeli)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań na podstawie art. 233 K.K. oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data i podpis składającego informację)

Objaśnienia do informacji:

*) oznacza łączny przychód roczny (za rok poprzedzający rok, w którym składana jest informacja) **pomniejszony o koszty uzyskania przychodu**, każdej osoby wymienionej w tabeli.

***) to **łączna suma dochodów brutto podzielona przez 12 miesięcy i ilość osób wymienionych w tabeli**. W przypadku dochodu uzyskiwanego z gospodarstwa rolnego, podobnie jak przy świadczeniach rodzinnych (art. 5 ust. 8 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. -Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 ze zm.) przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie, w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2006 r., Nr 136, poz. 969 ze zm.).