# Załącznik Nr 1 do Regulaminu ZFŚS

**OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko …………………….………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania ..…………………………………………………………..…………..

Informuję, że w skład mojej rodziny, poza mną, wchodzą następujące osoby, uprawnione zgodnie z Regulaminem do korzystania z ZFŚS/jestem osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe1:

1. ...........................................................................................................................................

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – miejsce pracy lub nazwa szkoły – data urodzenia)

1. ...........................................................................................................................................

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – miejsce pracy lub nazwa szkoły – data urodzenia)

1. ...........................................................................................................................................

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – miejsce pracy lub nazwa szkoły – data urodzenia)

1. ...........................................................................................................................................

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – miejsce pracy lub nazwa szkoły – data urodzenia)\

1. ...........................................................................................................................................

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – miejsce pracy lub nazwa szkoły – data urodzenia)

1. ...........................................................................................................................................

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – miejsce pracy lub nazwa szkoły – data urodzenia)

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w roku …………r. łączne dochody wszystkich członków mojej rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, wyniosły ………………..zł brutto, co w przeliczeniu na liczbę …..….. osób stanowi kwotę ……………….zł brutto na jednego członka mojej rodziny miesięcznie.

……………….…………………………

(data i podpis składającego oświadczenie)

**Upoważnienie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojej rodziny w zakresie czynności związanych z przyjmowaniem, analizą oraz przechowywaniem dokumentów związanych ze świadczeniami z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

……………….…………………………

(data i podpis składającego oświadczenie)

Sprawdzono poprawność wyliczeń na podstawie otrzymanego do wglądu\*:

* rozliczenia rocznego PIT
* ……………………………………………….

………………………………………..

(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

\* Odmowa udostępnienia żądanych dokumentów jest jednoznaczna z tym, że osoba wnioskująca   
o świadczenia z Funduszu, znajdzie się w grupie otrzymującej najniższe świadczenia.

1 niepotrzebne skreślić