Załącznik Nr 3a
do Regulaminu ZFŚS
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce
wprowadzonego Zarządzeniem
Dyrektora Nr 21/2024 z dnia
09.05.2024 r.

……
(imię i nazwisko)

……
(adres)

……

……
(Numer telefonu)

……
(Numer PESEL)

(Numer konta bankowego)

……
(Nazwa banku)

EMERYT - INFORMACJA
o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby zamierzającej skorzystać
w roku kalendarzowym ..... ze świadczeń z ZFŚS

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

Wnioskodawca……

Wykaz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia dziecka

Oświadczam, że w roku …….. (poprzedni) średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie mieścił się w ……. progu dochodu:

I próg dochodu do 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu 01.01 danego roku tj. ……
II próg dochodu powyżej 100% do 150% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu 01.01 danego roku tj. ……
III próg dochodu powyżej 150% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu 01.01 danego roku tj. ……..

Jednocześnie zobowiązuję się do informowania (niezwłocznie) o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych danych.

Dodatkowe informacje, mające wpływ na sytuację życiową i rodzinną (takie jak w szczególności: stan zdrowia członków rodziny, zdarzenia losowe, samotne wychowywanie dziecka itp.):
……
……

Niezłożenie powyższej informacji jest podstawą do odmowy przyznania świadczenia ze środków ZFŚS, z powodu braku możliwości ustalenia przez Pracodawcę sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej.

Oświadczam, że znany jest mi Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce.

Przyjmuję do wiadomości, że dane moje i osób przeze mnie wskazanych we wniosku będą przestrzegane zgodnie z treścią obowiązku informacyjnego RODO, stanowiącego załącznik nr 10 do regulaminu ZFŚS.

Wyrażam zgodę na przekazywanie środków z ZFŚS SPZOZ w Sokółce na rachunek bankowy wskazany we wniosku.

Oświadczam, że SP ZOZ w Sokółce był moim ostatnim zakładem pracy i tym samym oświadczam, że po przejściu na emeryturę/rentę nie podjęłam/podjąłem pracy u innego pracodawcy.

……
(podpis składającego informację)

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod odpowiedzialnością karną (art. 233 § 1 kodeksu karnego).

……
(data i podpis składającego informację)

Objaśnienia do informacji:

1) Przez gospodarstwo domowe rozumie się członków rodziny mieszkających razem, utrzymujących się z połączonych dochodów tych osób:

a) współmałżonek, w przypadku, gdy nie ustanowiono rozdzielności majątkowej,

b) dzieci (w wieku do lat 18, uczące się do lat 25, oraz bez względu na wiek z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności): własne, dzieci współmałżonka, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej,).

2) Należy wyliczyć kwotę dochodu (na podstawie **PIT**) z tytułu zatrudnienia, działalności rolniczej, gospodarczej, umów zlecenia lub o dzieło, alimentów, stypendiów, emerytur i rent itp. (nie wlicza się świadczenia 800+)

- Wnioskodawca: **PIT 11: <u>suma</u>**: poz. 31,38, 45, 51, 56, 60, 64, 68, 71, 76, 79, 82, 85, 88, 109 lub **PIT 37** poz. 85, **<u>suma</u>** poz. 44, 46, 48, 50)
- Współmałżonek **PIT 11: <u>suma</u>**: poz. 31,38,45, 51, 56, 60, 64, 68, 71, 76, 79, 82, 85, 88, 109 lub **PIT 37 <u>suma</u>** poz. 120, poz. 45, 47, 49, 51).