**WZÓR DO ZFŚS!!!!**

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

……**JAN KOWALSKI**……
*(imię i nazwisko)*

……
*(adres)*

……
*Numer telefonu*

**PRACOWNIK - INFORMACJA**
**o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby zamierzającej skorzystać**
**w roku kalendarzowym .....2025.... ze świadczeń z ZFŚS**

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

Wnioskodawca……**JAN KOWALSKI**……

Wykaz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

| Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia dziecka |
|---|---|---|
| **ANNA KOWALSKA** | **ŻONA** | |
| **PAWEŁ KOWALSKI** | **SYN** | **01.12.2009** |
| | | |
| | | |
| | | |

Oświadczam, że w roku …… **2024** …… (poprzedni) średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie mieścił się w ……**II (PRZYKŁAD)**.... progu dochodu: **(DANE Z PIT 2024)**

| |
|---|
| **I próg dochodu** do 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu 01.01 danego roku tj. ……**2025**…… **(PONIŻEJ 4666ZŁ)** … |
| **II próg dochodu** powyżej 100% do 150% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu 01.01 danego roku tj. ……**2025**… **(OD 4666ZŁ DO 6999ZŁ)** |
| **III próg dochodu** powyżej 150% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu 01.01 danego roku tj. …**2025**…… **(POWYŻEJ 6999ZŁ)** |