

Załącznik Nr 2

Ostrołęka, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Imię i nazwisko*

\_\_\_\_\_  
*stanowisko*

**Dyrektor Zespołu Szkół Zawodowych Nr 3  
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Ostrołęce**

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

Proszę o przyznanie mi dofinansowania ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych do \_\_\_\_\_

*/rodzaj świadczenia/*

\_\_\_\_\_  
*/inne informacje uzupełniające/*

oraz dla uprawnionych dzieci - \_\_\_\_\_

*/liczba dzieci/*

Lp.	Nazwisko i imię dziecka	Data urodzenia	Szkoła/studia, do której uczęszcza

Oświadczam, że średni miesięczny dochód\* na osobę w mojej \_\_\_\_\_ - osobowej rodzinie w okresie od 2 stycznia do 31 grudnia \_\_\_\_\_ roku, znajduje się w przedziale dochodowym:

poniżej 1500 zł*	1500 – 2500 zł*	powyżej 2500 zł *

*\*zaznacz X właściwy przedział dochodowy*

Oświadczam, że znane mi są konsekwencje prawne poświadczenia nieprawdy w dokumentach.

\_\_\_\_\_  
*/czytelny podpis wnioskodawcy/*

Do wnioski dołączam:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Do dochodu rodziny wlicza się:

- a. Wynagrodzenie brutto pomniejszone o koszty uzyskania przychodu z umów o pracę (poz. 39 z podatkowych zeznań rocznych)
- b. Przychody pomniejszone o koszty uzyskania przychodu z działalności gospodarczej, umów (zlecenia, o dzieło, agencyjnych, kontraktowych)
- c. Dochody z gospodarstwa rolnego, ogrodniczego, na podstawie wymiaru podatku rolnego oraz dochodowego z działów specjalnych
- d. Emerytury, renty, świadczenia kompensacyjne, świadczenia przedemerytalne
- e. Zasiłki z ubezpieczenia społecznego, np. opiekuńcze, dla poratowania zdrowia
- f. Dopłaty z UE
- g. Stypendia i wynagrodzenie ucznia lub studenta
- h. Alimenty
- i. Zasiłki dla bezrobotnych
- j. Zasiłki z opieki społecznej
- k. Świadczenie wychowawcze z programu „500+”
- l. Inne dochody wymienione w ustawie o podatku od osób fizycznych i prawnych.

**Decyzja pracodawcy i przedstawicieli związków zawodowych.**

Przyznaję dofinansowanie w wysokości \_\_\_\_\_ zł, słownie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ złotych, w tym:

Uprawniony	Wysokość świadczenia (zł)
Pracownik, emeryt, rencista, osoba na świadczeniu kompensacyjnym, świadczeniu przedemerytalnym	
Dzieci	

\_\_\_\_\_  
/data/

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

/podpisy uprawnionych/