…………………..., ……...

(imię i nazwisko pracownika)

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANYCH**

**DOCHODACH w …………….. roku**

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

* 1.
	2.
	3.
	4.
	5.

*Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci ( w wieku do 18 lat lub do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat – o ile nie uzyskują dochodów własnych w formie zarobkowej ) wspólnie zamieszkujących z wnioskodawcą i prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe.*

Oświadczam, że dochody moje i wymienionych kolejno członków gospodarstwa domowego składają się z:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miejsce pracy lub nauki** | **Źródło dochodu** | **Przychód – koszty uzyskania przychodu = dochód** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  **RAZEM** |  |

Należy podać wszystkie dochody ( w tym np. umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenie albo innej umowy o świadczenie usług, alimenty, dochody ze środków U.E. po odliczeniu kosztów uzyskania, inne dochody nieopodatkowane w Polsce, itd. ) wszystkich członków rodziny;

**Oświadczenie o wysokości dochodów**

Oświadczam, że miesięczny dochód na członka rodziny uzyskany w poprzednim roku kalendarzowym, wynosił:

.............................................................................. ................................................... zł.

**(dochód roczny : 12 m- cy : ilość osób w rodzinie)**

**Rezygnacja z deklaracji dochodów\***

**Rezygnuję z możliwości złożenia oświadczenia o wysokości dochodów i proszę o przyznanie świadczenia w wysokości odpowiadającej trzeciej grupie zaszeregowania pod względem dochodów.**

*Wnioskodawca może nie składać oświadczenia o przychodach. W takim przypadku będzie przyznana najniższa kwota dofinansowania.*

**Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna za wpisanie danych nieprawdziwych.**

***Za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością wnioskodawca zostanie pozbawiony prawa do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na okres 2 lat.***

..........................................................................

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

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

*\*niepotrzebne skreślić*