*Załącznik nr 1*

*……………………………………….*

*(miejscowość, data)*

*……………………………………………..*

*(imię, nazwisko)*

*……………………………………………..*

*(miejsce zamieszkania)*

*………………………………………………*

*(emeryt, rencista, pracownik)*

*………………………………………….*

*(nr telefonu)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(numer konta bankowego)*

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

(Na podstawie rocznego zeznania podatkowego za ……….. rok)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności grożącej za złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób i osiągnęły dochód:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO | Z TYTUŁU  ZATRUDNIENIA | INNE DOCHODY  (EMERYTURY, RENTY I INNE) | RAZEM DOCHÓD |
| PRACOWNIK/EMERYT/RENCISTA: |  |  |  |
| WSPÓŁMAŁŻONEK: |  |  |  |
| POZOSTALI CZŁ. RODZINY: |  |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **RAZEM DOCHÓD:** | | |  |

*• właściwe podkreślić*

1. Moja rodzina składa się łącznie z.....…… osób.
2. Liczba osób w rodzinie z orzeczoną niepełnosprawnością ………./ liczba osób przewlekle chorych ………………………………
3. Jestem osobą samotną/samotnie wychowującą dzieci•
4. Współmałżonek mój pracuje zarobkowo / nie pracuje zarobkowo•
5. Szkoła Podstawowa im. Henryka Sienkiewicza w Prusicach jest / nie jest moim głównym miejscem pracy•

|  |
| --- |
| Obliczenie dochodów rodziny na 1 członka rodziny zgodnie z rocznym zeznaniem podatkowym:  Suma dochodów ………………….. : ……… ilość członków rodziny : 12 miesięcy = …………………………………..  średni dochód na 1 członka rodziny  ( słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………….) |

Oświadczenie składam w celu określenia wysokości świadczeń udzielanych z ZFŚS.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 271 K.K

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji działalności ZFŚS ( zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018 r., poz.1000) oraz oświadczam, że zapoznałam/Em się z treścią w/w ustawy.

………………………………………….

(podpis składającego oświadczenie)

**Objaśnienie:**

**Średni miesięczny dochód przypadający na osobę w rodzinie** – czyli dochód pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne wykazane w rocznym zeznaniu podatkowym podzielony przez liczbę osób uprawnionych w rodzinie oraz przez 12 miesięcy.

**Uwaga:** w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą przyjmuje się kwotę dochodu tj. przychód pomniejszony o kwoty stanowiące koszt uzyskania przychodu na podstawie złożonych deklaracji podatkowych.