……………………………………………. ………………….. dnia ………….

 (nazwisko i imię)

…………………………………………….

 (adres zamieszkania)

…………………………………………….

 (stanowisko)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE „ZAPOMOGI ŚWIĄTECZNEJ”**

**1.** Oświadczam, że:

Na moim utrzymaniu pozostają lub wspólnie ze mną prowadzą gospodarstwo domowe następujący członkowie rodziny:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | nazwisko i mię | stopień pokrewieństwa | data urodzenia | czy osiąga przychody? (tak/nie) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.** Średni miesięczny przychód brutto przypadający na jedną osobę w moim

gospodarstwie domowym wynosi ....................zł.

(słownie złotych:…………………………………………………………………………………..)

Przez **przeciętny miesięczny przychód wnioskodawcy** należy rozumieć przychód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, obliczony za 3 miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku. Przychody z różnych źródeł sumują się i powinny uwzględniać wszystkie przychody uzyskiwane przez wspólnie zamieszkujące i prowadzące wspólne gospodarstwo osoby w rodzinie.

Osoba, która złoży oświadczenie niezgodne z prawdą zostanie pozbawiona prawa do korzystania z Funduszu na okres 2 lat.

Osoby, które nie wykażą we wniosku wysokości przychodu otrzymają najniższe świadczenie.

Przychód- to wynagrodzenie brutto wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, zaliczką podatkową oraz kosztami uzyskania przychodu, osiągane w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, działalności wykonywanej osobiście, pracy na podstawie stosunku służbowego i stosunku pracy, pracy nakładczej, emerytury, renty, zasiłków pieniężnych z ubezpieczeń społecznych i innych źródeł, powodujące obowiązek dokonania rozliczenia z Urzędem Skarbowym.

Świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

 ……...…………………………………………..

 (podpis wnioskodawcy)

Proponujemy przyznać świadczenie „zapomoga świąteczna” pracownika (emeryta)

 w wysokości ……………………………………… zł

……………...……………………………………………………………………………………………

 (data i podpisy Komisji)

 wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody……………………

 **(decyzja i podpis dyrektora)**