**Załącznik nr 1 do regulaminu ZFŚS**

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

*(imię i nazwisko )* (*miejscowość, data)*

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

*(adres)*

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

*(nr telefonu)*

**Dyrektor**

Zespołu Szkół Budowlanych   
im. Żołnierzy Armii Krajowej   
w Olsztynie

**Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej**

**osoby uprawnionej do korzystania ze środków ZFŚS**

**Oświadczam**, że wysokość średniego miesięcznego **dochodu brutto** (dochód zgodny   
z zeznaniem podatkowym - **PIT** za poprzedni rok i inne dochody nie wykazane w zeznaniu podatkowym), przypadającego na jedną osobę w mojej rodzinie mieści się w przedziale:

**Progi dochodowe od 1 stycznia 2024 r.**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I** |  | nie więcej niż minimalne wynagrodzenie za pracę\*) – ***4242,00 zł (brutto)*** |
| **II** |  | więcej niż **100%** i nie więcej niż **150%** minimalnego wynagrodzenia\*)  od ***4242,01***  do ***6363,00 zł) (brutto)*** |
| **III** |  | powyżej **150 %** minimalnego wynagrodzenia\*) - ***6363,01 zł (brutto)*** |

**Progi dochodowe od 1 lipca 2024 r.**

**Tabela nr2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I** |  | nie więcej niż minimalne wynagrodzenie za pracę\*) – ***4300,00 zł (brutto)*** |
| **II** |  | więcej niż **100%** i nie więcej niż **150%** minimalnego wynagrodzenia\*)  od ***4300,01***  do ***6450,00 zł) (brutto)*** |
| **III** |  | powyżej **150 %** minimalnego wynagrodzenia\*) - ***6450,01 zł (brutto)*** |

***\*) minimalne wynagrodzenie za pracę w 2024 r. wynosi od 1 stycznia 2024r. 4242,00 zł. brutto, od 1 lipca 2024 r. 4300 zł. brutto*** Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 września 2023 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2024 r. r.(Dz.U. 2023 poz. 1893).

1. Wraz ze mną w jednym gospodarstwie domowym zamieszkuje …………….osób.
2. Członkowie rodziny pozostający na moim utrzymaniu to:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Data urodzenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj.Dz.U. z 2014 r., poz.1182 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

……………………………………...

*(data i podpis wnioskodawcy)*