

.....  
(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

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

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

Tabela nr2

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

**\*) 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:

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>	<b>Data urodzenia</b>

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)