**Załącznik Nr 2 do Regulaminu ZFŚS**

**w Starostwie Powiatowym w Rypinie**

**Deklaracja o dochodach**

**osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu**

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

Imię i Nazwisko

………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania

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

Stanowisko

1. Sytuacja rodzinna (współmałżonek, pozostające na utrzymaniu dzieci własne, dzieci współmałżonka, dzieci przysposobione oraz dzieci przyjęte na wychowanie w ramach pieczy zastępczej, w wieku do lat 18, a jeżeli kontynuują naukę (bez względu na system nauczania i nie osiągają żadnych dochodów do ukończenia nauki), nie dłużej niż do ukończenia 25 lat.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Powiązanie z osobą uprawnioną** | **Data urodzenia** | **Status osoby**  (osoba pracująca, bezrobotna, ucząca się, emeryt, rencista) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dochód na członka rodziny (tj.: łącznie suma rocznych dochodów brutto podzielonych przez 12 miesięcy i liczbę członków rodziny ) w ………. roku wynosi\*:
2. do 2500,00 zł / na osobę – I przedział – 100 % świadczenia,
3. od 2500,01 – 4500,00 zł / na osobę – II przedział – 80% świadczenia,
4. powyżej 4500,00 zł / na osobę – III przedział – 60% świadczenia.

Niniejsze oświadczenie jest dokumentem w rozumieniu art. 245 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks Postępowania Cywilnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 155 ze zm.), a prawdziwość danych w nim zawartych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 ze zm.)

……………………………………………………………………..

Data i podpis

\*podkreślić właściwy przedział dochodowy