

Kłodawa, dn. ....

\_\_\_\_\_  
/ Imię i nazwisko /

\_\_\_\_\_  
/ Adres zamieszkania /

PESEL \_\_\_\_\_

**W N I O S E K**  
**emeryta / rencisty o wypłatę świadczenia pieniężnego**

**Część I**      Wypełnia emeryt / rencista

**Proszę o wypłacenie z ZFŚS świadczenia pieniężnego** (\* właściwą formę wypłaty należy zaznaczyć ).

**Na konto bankowe**

nr.....

w Banku .....

**Przekazem pocztowym** (kwota pomniejszona o koszt przekazu).

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód brutto rodziny \*** (przychód **PIT 40A** poz. **38** oraz dochód z tytułu pracy **PIT-11** poz. 31 pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne poz. 69) **w przeliczeniu na jednego członka rodziny** (małżonek i dzieci w wieku do 25 lat pozostające na utrzymaniu emeryta / rencisty ) w roku **2020**

wyniósł \_\_\_\_\_ zł (w zaokrągleniu do pełnych złotych ).

Liczba członków mojej rodziny łącznie ze mną wynosi \_\_\_\_\_ osób.

**Dochód ten obejmuje w szczególności:** (\* należy określić właściwe)

**dochód ze stosunku pracy,**

**emerytury i renty wraz z dodatkami (zasiłek pielęgnacyjny, kompensacyjny i in.) oraz zasiłki z ubezpieczenia społecznego,**

**dochody z gospodarstwa rolnego ustalone w oparciu o dochód z 1 ha przeliczeniowego,**

**dochody z działalności wykonywanej osobiście ,**

**dochody z działalności gospodarczej i współpracy przy prowadzeniu tej działalności**

(dochody z tego tytułu przyjmuje się w wysokości nie niższej niż zadeklarowane przez osoby osiągające te dochody kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli z tytułu tej działalności lub współpracy nie istnieje obowiązek ubezpieczenia społecznego - kwoty nie niższe od najniższej podstawy wymiaru składek obowiązujących osoby ubezpieczone).

**świadczenie pieniężne otrzymywane w ramach rodziny zastępczej z wyjątkiem dodatku wychowawczego,**

**zasiłek dla bezrobotnych,**

**alimenty (płacone – otrzymywane) – płacone odliczamy, otrzymywane doliczamy do dochodu,**

**renta socjalna.**

**Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.**

Nr telefonu do kontaktu .....

.....  
Podpis emeryta / rencisty

**Część II**      Wypełnia Dział Spraw Pracowniczych

**Średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny za ubiegły rok / zgodnie z oświadczeniem / wyniósł \_\_\_\_\_ zł.**

**Kwota świadczenia pieniężnego \_\_\_\_\_ zł**

.....  
( podpis i pieczęć działu DSP )