

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**

Właściciel r-ku: .....

nr.....

w Banku .....

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

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód brutto rodziny \*** (w zależności o rodzaju dochodu przychód **PIT 40A** poz. **36** lub dochód z **PIT-11** tzn. z części **E** suma kolumny **d**, pomniejszony o składki na ubezpieczenia społeczne z PIT-11) **w przeliczeniu na jednego członka rodziny** (małżonek i dzieci w wieku do 25 lat pozostające na utrzymaniu emeryta/rencisty) w roku **2023**

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 )