Wrocław, dnia ................................

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

*nazwisko i imię*

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

*nr ewidencyjny pracownika lub nr emerytury/renty nr telefonu*

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

*jednostka organizacyjna uczelni/Adres*

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie wypoczynku dzieci w** …………….. **roku.**

Proszę o dofinansowanie wypoczynku dla ............ moich dzieci:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię dziecka** | **Data urodzenia** | **Wypoczynek zorganizowany [T/N]** | **Wypoczynek**  **niezorganizowany [T/N]** | **Kwota do zapłaty brutto**  ***(wypełnia DKiP)*** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że **zapoznałem/am się z Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu**, oraz że średni miesięczny przychód na jednego członka gospodarstwa domowego **w roku** ………. wyliczony według wzoru na odwrocie wniosku wynosi: \*

jest niższy niż **3000,00** zł

mieści się w przedziale od **3000,00** zł do **6000,00** zł

mieści się w przedziale od **6000,01** zł do **9000,00** zł

jest wyższy niż **9000,00** zł

\* ***właściwe zaznaczyć X***

**Oświadczenie – dotyczy dzieci urodzonych w latach od** ……. **do** ……. **:**

Świadomy/a odpowiedzialności za fałszywe zeznania oświadczam, że moje dziecko :

1. ...................................................uczy się/ jest studentem\*\* .........................................................

*(nazwisko i imię )* *( nazwa szkoły-klasa. lub uczelnia-rok )*

1. ………………………………….................. j.w. …………………………………………………
2. …………………………………………….. j.w. …………………………………………………
3. …………………………………………….. j.w. …………………………………………………

***\*\* niepotrzebne skreślić***

* *Oświadczam, że wymienione w pozycji nr ............. dziecko/-ci uczą się w szkołach, o których mowa w przepisach o systemie oświaty lub w przepisach o szkolnictwie wyższym lub w placówkach równoważnych poza granicami kraju, nie pozostają w związku małżeńskim, nie prowadzą działalności gospodarczej, nie są zatrudnione na umowę o pracę, nie uzyskały przychodu wyższego niż dwunastokrotność minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w roku poprzedzającym rok wypłaty świadczenia.*
* *Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu.*
* *Świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego) potwierdzam prawdziwość wyżej przedstawionych danych.*
* *Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną, stanowiącą załącznik do niniejszego wniosku. Klauzula informacyjna o administratorze i prawach osoby, której dane osobowe są przetwarzane dostępna jest na stronie internetowej Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu pod adresem* [*https://upwr.edu.pl/pracownicy/dla-emerytow/zakladowy-fundusz-swiadczen-socjalnych*](https://upwr.edu.pl/pracownicy/dla-emerytow/zakladowy-fundusz-swiadczen-socjalnych) *oraz w Dziale Kadr i Płac, tj. w bezpośrednio w siedzibie uczelni.*

Proszę o wypłatę świadczenia:

**w kasie każdej placówki Banku PKO BP**

**przesłanie na adres domowy**

przesłanie **na moje konto osobiste** w banku……………………...………………….. nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………

*podpis wnioskodawcy*

***Wypełnić tylko pozycje 6 i 7!***

**W Z Ó R**

**Wyliczenia średniego przychodu na jednego członka gospodarstwa domowego w roku ubiegłym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Roczny przychód w roku ubiegłym według PIT-ów ze wszystkich źródeł dochodów pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne : | …………………………………. |
| 2 | Roczny przychód współmałżonka w roku ubiegłym według PIT-ów ze wszystkich źródeł dochodów pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne : | …………………………………. |
| 3 | Inne roczne przychody pozostałych członków gospodarstwa domowego według PIT-ów ze wszystkich źródeł pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne : | …………………………………. |
| 4 | Inne roczne przychody członków gospodarstwa domowego (renty, renty rodzinne, alimenty, zasiłki z tytułu rodzin zastępczych, stypendia itp.) pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne : | …………………………………. |
| 5 | Łączny roczny przychód członków gospodarstwa domowego (suma poz. 1-4) | …………………………………. |
| 6 | Ilość osób w gospodarstwie domowym w roku ubiegłym | …………………………………. |
| 7 | Średni przychód na jednego członka gospodarstwa domowego w roku ubiegłym | …………………………………. |

……………………………

*podpis wnioskodawcy*