

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Wewnętrznego Nr 79/2020 z dnia 27 Listopada 2020 r.

Załącznik nr 3 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciborzu

**Oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej
osoby ubiegającej się o świadczenie
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

Imię i nazwisko.....

Status osoby uprawnionej:

- pracownik
 emeryt
 rencista

Właściwe pole proszę zaznaczyć krzyżykiem (X)

Oświadczam, że moja rodzina składa się z..... osób i uzyskała niżej wymienione dochody

Imię i nazwisko	Członkowie rodziny/osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym ¹ (pokrewieństwo)	Data urodzenia dzieci	Suma dochodów z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku ²
	wnioskodawca		
			Razem dochód:

Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie.....

Oświadczam, że znam treść Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Potwierdzam prawdziwość wyżej podanych informacji. Jestem świadomy sankcji za podanie w oświadczeniu nieprawdziwych danych.

Szczególna sytuacja życiowa³:

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

