……………………………………………. Toruń………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………

(pracownik szkoły – stanowisko

lub emeryt / rencista)

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej nr 23**

 **W Toruniu**

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYPOCZYNKU ZE ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU**

**ŚWIADCZEŃ SOCJALNCH**

Proszę o udzielenie dofinansowania wypoczynku mego dziecka

 ……………………………………………………. (imię i nazwisko dziecka)

w wieku …… lat (data urodzenia dziecka………………………).

Wypoczynek ma charakter zorganizowany / niezorganizowany \*(podkreśl właściwe)

Forma wypoczynku zorganizowanego: kolonie wypoczynkowe, zdrowotne, obóz, biwak, wycieczka szkolna (podkreślić właściwe), inne ………………..

W załączeniu składam zaświadczenie o zakwalifikowaniu dziecka na powyższą formę zorganizowanego wypoczynku wskazujące uczestnika, czas, miejsce i koszt wypoczynku oraz nr rachunku bankowego organizatora.

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzona/y/ o odpowiedzialności karnej z art. 247 Kodeksu Karnego, oświadczam, że roczny dochód mojej rodziny za rok **202** wynosi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pracownik i członkowie rodziny 1)** | **Stopień pokrewieństwa** | **Dochód wyliczony na podstawie rocznych zeznań podatkowych 2)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| **Razem:** |  |
| **Miesięczny Dochód na członka rodziny:** |  |

1. Za członków rodziny uważa się dzieci własne, dzieci drugiego małżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 25 lat, natomiast, jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, dzieci uprawnione do renty rodzinnej, małżonka, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne

Prawdziwość danych zawartych powyżej, potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.

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

 (czytelny podpis)

 nie więcej niż 90 % minimalnego wynagrodzenia, tj. w bieżącym roku nie więcej niż **3.141,00** zł

 więcej niż 90 % i nie więcej niż 140 % minimalnego wynagrodzenia, tj. w bieżącym roku więcej niż **3.141,00**

 zł i nie więcej niż **4.886,00** zł

 więcej niż 140 % i nie więcej niż 190 % minimalnego wynagrodzenia, tj. w bieżącym roku więcej niż **4.886,00** zł

 i nie więcej niż **6.631,00 zł**

 więcej niż 190 % minimalnego wynagrodzenia, tj. w bieżącym roku więcej niż **6.631,00** zł

 …………………………………..

 data i podpis