Załącznik nr 1b
do Regulaminu Zakładowego
Funduszu Świadczeń Socjalnych

……..……..
(imię i nazwisko)

……..……..
(adres zamieszkania)

……..……..
Miejsce pracy – stanowisko – nr telefon kontaktowy

INFORMACJA

o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby zamierzającej skorzystać w roku kalendarzowym ze świadczeń finansowanych z ZFŚS

Informuję, że w skład mojej rodziny, poza mną wchodzą następujące osoby uprawnione zgodnie z regulaminem do korzystania z ZFŚS / Jestem osobą samotną

1/…….....
(Imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa – data urodzenia – miejsce pracy lub nazwa szkoły)

2/….....……...

3/ …….....

4…….....

Ze względu na kwalifikację dochodów przypadających na jednego członka mojej rodziny w grupie tabeli o najwyższych dochodach, proszę o przyznanie świadczenia bez okazywania zaświadczenia o dochodach.

….....……..……
(data i podpis składającego informację)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych w celu przeprowadzenia procesu przyznawania świadczeń z ZFŚS (zgodnie z ustawą o Ochronie Danych Osobowych Dz..U z dnia 19 września 2019 poz. 1781.

……
(data i podpis składającego informację)