

**Zarządzenie nr 13/2020
z dnia 21 maja 2020r.**

**Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi
w sprawie czasowego niestosowania (zawieszenia) obowiązywania
§6 ust.3 Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych
Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi**

Na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j Dz.U z 2020r., poz. 295,567) oraz art. 8 ust. 1 „a” ustawy z dnia 4 marca 1994r. O zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j Dz.U z 2019r, poz. 1352, 1907, z 2020r. Poz, 278) – zarządza się co następuje:

§1

1. W związku z obowiązywaniem rygorów i postanowień ustawy z dnia 2.03.2020r. O szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem , przeciwdziałaniem i zwalczaniem CIVID-19 (Dz.U z 2020r., poz. 374,567,568,695,875) oraz obowiązywaniem postanowień art. art. 8 ust. 1 „a” ustawy z dnia 4 marca 1994r. O zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j Dz.U z 2019r, poz. 1352, 1907, z 2020r. Poz, 278) – zawiesza się stosowanie §6 ust.3 Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi w roku 2020r.
2. W miejsce stosowanych dotychczas zaświadczeń o dochodach uzyskiwanych z właściwego Urzędu Skarbowego wprowadza się wzór oświadczenia o dochodach za rok 2019 o treści jak w załączniku do niniejszego zarządzenia , które należy składać do 15.06.2020r.

§ 2

W razie braku sprzeciwu Zakładowych Organizacji Związkowych lub innego uregulowania w/w kwestii w ZRŚS (w oparciu o art 8 ust. 1 „a” cyt. Wyżej ustawy) - zarządzeni niniejsze wchodzi w życie z dniem 01.06.2020r.

DYREKTOR
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi
.....
mgr inż. Wojciech Szeląg

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
.....

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O UZYSKANYCH DOCHODACH w ²⁰¹⁸..... roku

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci (w wieku do 18 lat lub do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat – o ile nie uzyskują dochodów własnych w formie zarobkowej) wspólnie zamieszkujących z wnioskodawcą i prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe.

Oświadczam, że dochody moje i wymienionych kolejno członków gospodarstwa domowego składają się z:

| L.p | Miejsce pracy lub nauki | Źródło dochodu | Przychód – koszty uzyskania przychodu = dochód |
|-----|-------------------------|----------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

Należy podać wszystkie dochody (w tym np. umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenie albo innej umowy o świadczenie usług, alimenty, dochody ze środków U.E. po odliczeniu kosztów uzyskania, inne dochody nieopodatkowane w Polsce, itd.) wszystkich członków rodziny; **Dochody netto to przychody podlegające opodatkowaniu na**

DYREKTOR
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi
mgr inż. Wojciech Szelaż

podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, zapłacone składki na ubezpieczenia społeczne, niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz zapłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Oświadczenie o wysokości dochodów

Oświadczam, że miesięczny dochód netto na członka rodziny uzyskany w poprzednim roku kalendarzowym, wynosił:

..... zł.

(dochód roczny netto : 12 m-cy : ilość osób w rodzinie)

Rezygnacja z deklaracji dochodów*

Rezygnuję z możliwości złożenia oświadczenia o wysokości dochodów i proszę o przyznanie świadczenia w wysokości odpowiadającej najwyższej grupie zaszerzegowania pod względem dochodów.

Wnioskodawca może nie składać oświadczenia o przychodach. W takim przypadku będzie przyznana najniższa kwota dofinansowania.

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna za wpisanie danych nieprawdziwych.

Za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością wnioskodawca zostanie pozbawiony prawa do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na okres 2 lat.

.....
.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

*skreślić...niepotrzebne

DYREKTOR
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi
mgr inż. Wojciech Szelaż